

Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up

Trends und Perspektiven, Edition 2019



Deutscher Healthcare-Sektor

Der GKV- Check-up

Trends und Perspektiven, Edition 2019

Vorwort

Umfassende Reformvorhaben der Politik mit ersten auswirkungsstarken neuen Gesetzen (u.a. TSVG und VEG), kontinuierlich steigender Kostendruck und wachsende digitale Chancen und Erfordernisse: Viel spricht dafür, dass die GKV-Landschaft nach Jahren vergleichsweiser „Stabilität“ auf tief greifende Veränderungen zusteuert.

GKV-Vorstände und -Entscheider benötigen in dieser anspruchsvollen Branchensituation einen fundierten und aktuellen Überblick über alle relevanten Entwicklungen, Neuerungen und Prognosen. Mit der Ihnen vorliegenden „Erstauflage“ unserer Publikation *Der GKV-Check-up* wollen wir hierzu einen Beitrag leisten.

Die GKV steht Ende des Jahres 2019 vor einer doppelten Herausforderung. Auf der einen Seite gilt es, die digitalen Schlüsselherausforderungen dieser Zeit zu meistern: Denn wie gut zum einen die *Automatisierung und Digitalisierung interner Prozesse* und zum anderen die *digitale Transformation von Kundenerlebnissen* gelöst werden, wird wesentlich mit darüber entscheiden, welche GKVen langfristig und nachhaltig gut aufgestellt sind. Doch was genau hat es damit auf sich? Durch Digitalisieren und Automatisieren ihrer internen Prozesse können GKVen nicht nur dem weiter steigenden Kostendruck mit Produktivitätssteigerungen begegnen. Zugleich schaffen sie mit dem Einleiten ihrer digitalen Transformation nach außen und innen auch wichtige Voraussetzungen, die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit zu verbessern, ihre Arbeitgebermarke zu stärken und (künftige) gesetzliche Vorgaben zu erfüllen.

Besonders bei Letzteren stehen die GKVen unter Zugzwang, denn die Politik fordert bei aktuellen Reformvorhaben wie dem Digitale-Versorgung-Gesetz eine solche digitale Transformation bereits ein. Entsprechend sind die GKVen gefordert, zügig die technischen und infrastrukturellen Voraussetzungen dafür zu schaffen – Stichworte hier sind die elektronische Gesundheitsakte, (Versorgungs-)Apps und digitale Filialen – und zugleich ihre zahlreichen traditionellen (Infra-)Strukturen kritisch zu hinterfragen, v.a. die bisherige Geschäftsstellenstrategie. Im ersten Buchteil von *Der GKV-Check-up* zeigen wir daher zunächst aktuelle Praxisperspektiven zur Digitalisierung der GKVen und des Gesundheitswesens auf.

Gleichzeitig zur Herausforderung der digitalen Transformation mehren sich die Anzeichen, dass nach fünf Jahren weitgehender Stabilität das Umfeld der GKV wieder deutlich dynamischer wird: Zusatzbeiträge steigen, Leistungsausgaben übersteigen teils deutlich die gemäß Morbidität zu erwartenden Ausgaben, Wechselbewegungen von Mitgliedern verstärken sich. All diese Trends gilt es im Detail analytisch zu verstehen. Daher liefern wir Ihnen im zweiten Buchteil umfangreiche, systematische Analysen zu den jüngsten Entwicklungen im GKV-Markt in den Bereichen Wettbewerb, Kassenergebnis sowie Kunde und Service.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre – und sind gespannt auf Ihre Rückmeldung dazu.

Stuttgart, im Oktober 2019



Florian Niedermann
Leiter des deutschen
Healthcare-Sektors



Thomas Rudolph
Leiter des deutschen Sektors
Pharma und Medizintechnik



Manuela Martin
Herausgeberin

Inhalt

A Praxisperspektiven	6
A1 Digitalisierung des Gesundheitswesens – welche Leistungen sich Versicherte und Ärzte wünschen	8
A2 Digitale Transformation von Kundenerlebnissen – Versicherte warten ungeduldig darauf	14
A3 Produktivität steigern, die Organisation digital ausrichten – ehrliche Analyse und strikte Priorisierung vorausgesetzt	22
B Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt	30
B1 Wettbewerbstrends	34
B2 Entwicklung der Kassenergebnisse	40
B3 Kundenzufriedenheit – aktuelle Trends und Fokusthemen	54
Ausblick	78
Methodik und Definitionen	80
Impressum	84

Praxisperspektiven



A

Die drei Artikel in diesem Buchteil zeigen aktuelle Praxisperspektiven zur Digitalisierung der GKVEn und des Gesundheitswesens auf. Folgende Themenbereiche und Schlüsselfragen stehen dabei im Mittelpunkt:

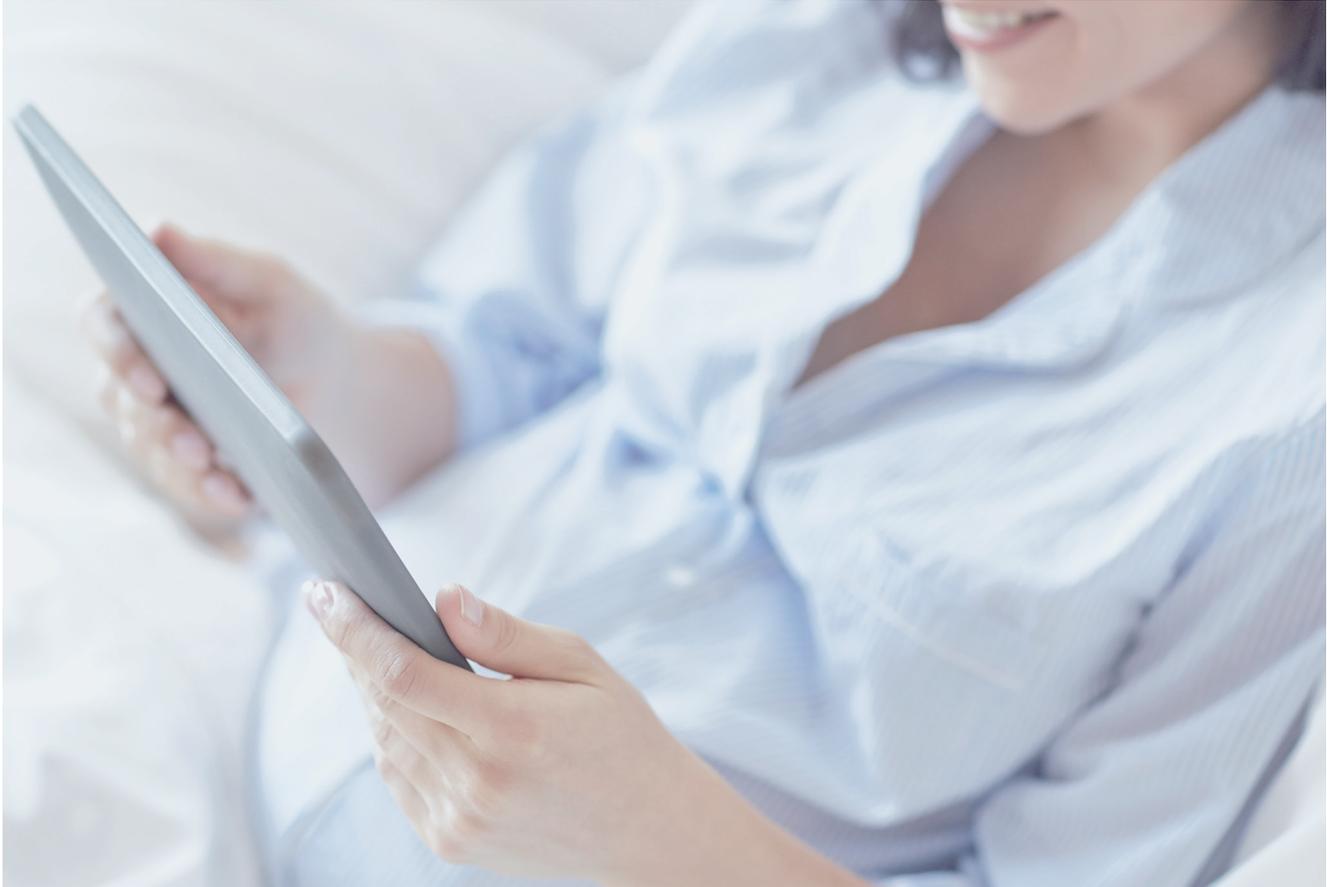
- *Digitalisierung des Gesundheitswesens.* Was erhoffen und erwarten sich Versicherte und Ärzte von einer künftigen digitalen Gesundheitsversorgung? Auf welche Anwendungsfälle sollte zunächst der Fokus gelegt werden? Welche Herausforderungen gilt es bei der Umsetzung zu beachten?
- *Digitale Transformation von Kundenerlebnissen.* Wie beeinflussen digitale Angebote die Kundenzufriedenheit und Weiterempfehlungsrate der GKVEn? Welche Erwartungen knüpfen Versicherte an digitale Dienste und Services im Kundenservice und Vertrieb der Zukunft? Welchen Stellenwert werden die einzelnen Online- und

Offlinekommunikationskanäle künftig einnehmen? Wie können die GKVEn bei der Transformation vorgehen und was sind die notwendigen Schritte?

- *Produktivitätssteigerungen und digitale Ausrichtung der Organisation.* In welchen Bereichen und mit welchen Hebeln lassen sich die größten Digitalisierungs- und Automatisierungspotenziale am einfachsten erschließen? Anhand welcher Kriterien sind die zu optimierenden Prozesse auszuwählen? Wie lassen sich priorisierte Vorhaben in die Tat umsetzen?

Datengrundlage sind v.a. die Ergebnisse zwei aktueller von McKinsey in Auftrag gegebenen Umfragen – zur Relevanz von Online- und Digitalservices für herausragende Kundenerlebnisse im Industrievergleich¹ und zur Relevanz von Anwendungsfällen im Rahmen der digitalen Gesundheitsversorgung, jeweils in Deutschland.

¹Customer-centric tech-enabled transformation survey



Digitalisierung des Gesundheitswesens – welche Leistungen sich Versicherte und Ärzte wünschen

A1

Auch wenn die Einführung digitaler Gesundheitsangebote in Deutschland nicht einfach ist: Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ein großes Interesse am Ausbau der digitalen Gesundheitsversorgung haben. Eine aktuelle Umfrage von McKinsey zeigt, was Versicherte unabhängig vom Alter und Ärzte unabhängig von der Fachrichtung wollen – und was nicht.

Noch denken die meisten Deutschen beim Thema digitale Gesundheit an Präventions- und Fitness-Apps, v.a. weil diese den Markt bis 2014 dominiert haben.¹ Dass dies so ist, obwohl die Bandbreite an digitalen Angeboten inzwischen wesentlich größer ist und u.a. digitale Medikationspläne, Online-terminvereinbarungen und die elektronische Gesundheits-/Patientenakte bzw. den Zugriff auf eigene Gesundheitsdaten umfasst, zeigt v.a. eins: Die digitalen Angebote zur Gesundheitsversorgung stoßen bislang nur auf ein überschaubares Interesse. Im Umkehrschluss bedeutet das: Wer den Ausbau erfolgreich vorantreiben möchte, sollte Ursachenforschung für den Mangel an Interesse betreiben und zunächst v.a. solche digitalen Angebote entwickeln, die für die Zielgruppen hochrelevant sind.

Welche Erwartungen aber knüpfen Versicherte und Ärzte an den Ausbau der digitalen Gesundheitsversorgung – und was steht deren Erfüllung entgegen? Um dies herauszufinden, hat McKinsey eine Onlineumfrage zur Relevanz von Anwendungsfällen im Rahmen der digitalen Gesundheitsversorgung in Deutschland durchgeführt und mehr als 500 Versicherte sowie über 100 Ärzte befragt. Wie die Ergebnisse der Umfrage zeigen, sind sowohl Ärzte als auch Versicherte einerseits am Ausbau digitaler (Dienst-)Leistungs- und Versorgungsangebote in den Bereichen Administration, Prävention und Medizinische Versorgung stark interessiert. Wie wir im Folgenden ausführen, halten beide Gruppen allerdings andererseits ganz unterschiedliche digitale Angebote für besonders relevant und nennen jeweils ein anderes Haupthindernis, das der Nutzung im Wege steht. Aus diesen Aussagen lassen sich wichtige Implikationen für die GKV bei der Entwicklung und Unterstützung neuer digitaler Angebote ableiten.

Das digitale Leistungsangebot umfasst drei Kategorien von Anwendungsfällen

In der Onlinebefragung sollten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu äußern, wie relevant verschiedene Anwendungsfälle aus dem digitalen Leistungsangebot für sie sind. Ihre Antworten beziehen sich auf drei Nutzungsoptionen:

Administration und Service. Hierzu zählen insbesondere Angebote, die die umfassenden Gesundheitsdaten von Versicherten zusammenführen und digital bereitstellen. Konkret handelt es sich dabei um die elektronische Patientenakte und elektronische Gesundheitspässe sowie um Anwendungen, die den Zugriff auf eigene Gesundheitsdaten ermöglichen. Auch die digitale Kommunikation mit der Krankenkasse fällt in diese Kategorie.

Prävention. Beim Erhalt der Gesundheit helfen Auswertungen von Gesundheitsdaten sowie Fitness- und Gesundheitsangebote. Darunter fallen etwa Apps für Krankenkassen-Bonusprogramme und Apps, die über Vorsorgeleistungen informieren oder Versicherten zu einer gesunden Lebensweise verhelfen (u.a. mit Meditation oder gesunder Ernährung).

Medizinische Versorgung. Anwendungsfälle aus diesem Bereich setzen an den unterschiedlichsten Stellen des gesamten Versorgungsprozesses an. Sie reichen von der Onlineterminvereinbarung bis zur eigentlichen ärztlichen Versorgung, die etwa durch die digitale Konsultation eines zweiten Arztes verbessert wird, ggf. unterstützt durch einen digitalen Medikationsplan. Die digital erfasste Behandlungshistorie von Versicherten enthält z.B. eine Übersicht über alle in Anspruch genommenen

¹ Siehe Kapitel B3, Schaubild 6, S. 62

Leistungen und verschafft dem behandelnden Arzt ein umfassendes Bild seiner Patienten.

Versicherte und Ärzte gehen von zunehmender Bedeutung der Digitalisierung aus

Eine wichtige Erkenntnis aus der Befragung bezieht sich auf die Bedeutung, die Versicherte und Ärzte den digitalen Versorgungsangeboten jetzt schon und künftig zuschreiben (Schaubild 1):

- *Bedeutung heute.* 53% der befragten Versicherten und 62% der befragten Ärzte halten digitale Versorgungsangebote zum gegenwärtigen Zeitpunkt für wichtig bzw. sehr wichtig.
- *Bedeutung in der Zukunft.* Insgesamt 82% der Versicherten und 95% der Ärzte glauben, dass digitale Angebote in zehn Jahren wichtig bzw. sehr wichtig sein werden.

Gefragt nach ihrer persönlichen Meinung zu dieser Entwicklung, äußert sich sogar die absolute Mehrheit der Befragten positiv: 65% der befragten Versicherten und sogar 79% der befragten Ärzte stehen der Einführung digitaler Versorgungsangebote positiv bzw. eher positiv gegenüber.

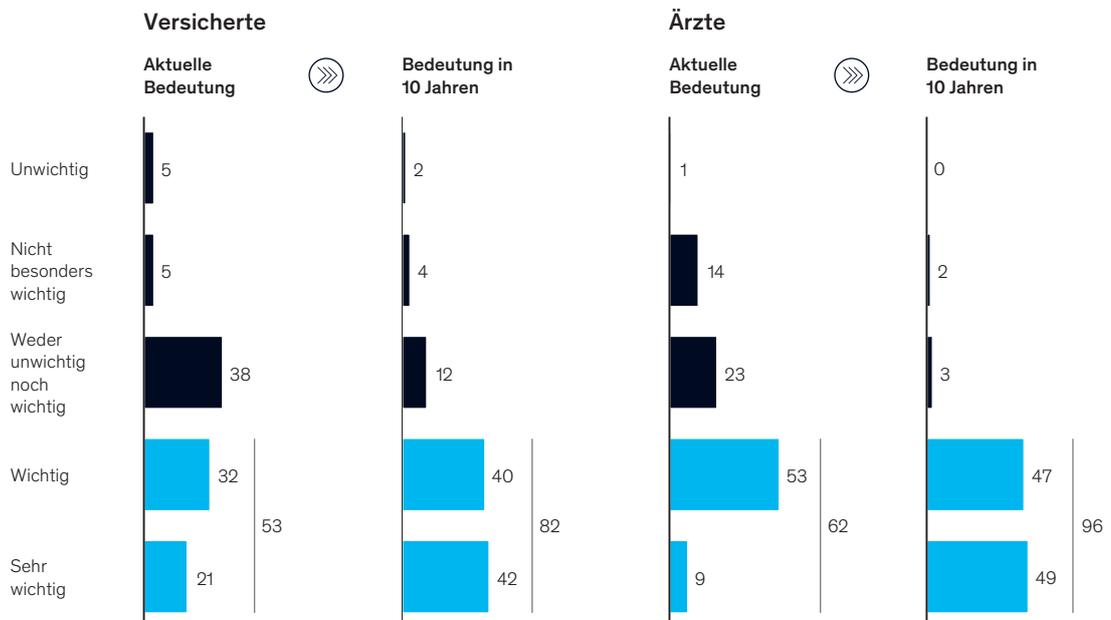
Diese hohe Zustimmung überrascht nicht, sofern es sich bei den Befragten um Versicherte und Ärzte jüngeren Alters und mit hoher Digitalaffinität handelt. Über alle Altersklassen hinweg zeigen jedoch auch Versicherte mit chronischen Erkrankungen und gesetzlichem Versicherungsschutz sowie Krankenhausärzte eine überdurchschnittlich positive Einstellung zu digitalen Versorgungsangeboten.

Welche konkreten Anwendungsfälle aber halten Versicherte und Ärzte für besonders relevant? Dies herauszufinden war das Hauptziel der Umfrage, denn Erkenntnisse über die Präferenzen dieser beiden Gruppen liefern Hinweise darauf, auf

Schaubild 1

Versicherte und Ärzte messen der Digitalisierung zunehmend Bedeutung bei

Bedeutung von digitalen Versorgungsangeboten in Prozent



Quelle: McKinsey-Umfrage unter 509 Versicherten und 150 Ärzten

welchen Gebieten die digitale Transformation des Gesundheitswesens vorrangig voranzutreiben ist.

Die Bewertung bzw. Priorisierung der Anwendungsfälle erfolgte durch randomisierte paarweise Vergleiche, bei denen die Teilnehmer aus jeweils zwei gezeigten Anwendungsfällen den aus ihrer Sicht wichtigeren auswählen mussten. Die Umfrage ergab, dass Versicherte und Ärzte klare – wenn auch voneinander abweichende – Vorstellungen davon haben, welche Anwendungsfälle für sie besonders relevant sind (Schaubild 2).

Relativ einig sind sich beide Gruppen im Hinblick auf Telemedizin sowie Fitness- und Gesundheitsangebote: Sowohl Versicherte als auch Ärzte hegen hierfür ein vergleichsweise geringes Interesse. Dieser geringen Priorität steht ein breit gefächertes Angebot an Apps gegenüber, die zu etwa 75% der Prävention und der medizinischen Versorgung dienen (zu mehr als 50% der Prävention; siehe Kapitel B3, Schaubild 7, S. 62).

Darüber hinaus zeigen beide Gruppen jedoch unterschiedliche Präferenzen, auf die in den beiden folgenden Abschnitten näher eingegangen wird.

Versicherte sehen größten Nutzen bei Administration und Service

Gefragt nach der Anwendungsbereitschaft, also inwiefern sie selbst digitale Angebote nutzen würden, äußern sich die Versicherten stark unterschiedlich und haben vergleichsweise häufig Vorbehalte:

- Etwa 15 bis 20% der befragten Versicherten lehnen die Nutzung der meisten Anwendungen aus Datenschutzgründen komplett ab.
- Abhängig vom Anwendungsfall sind ~ 10 bis 25% der Versicherten bereit, die Daten vollständig und vorbehaltlos freizugeben.

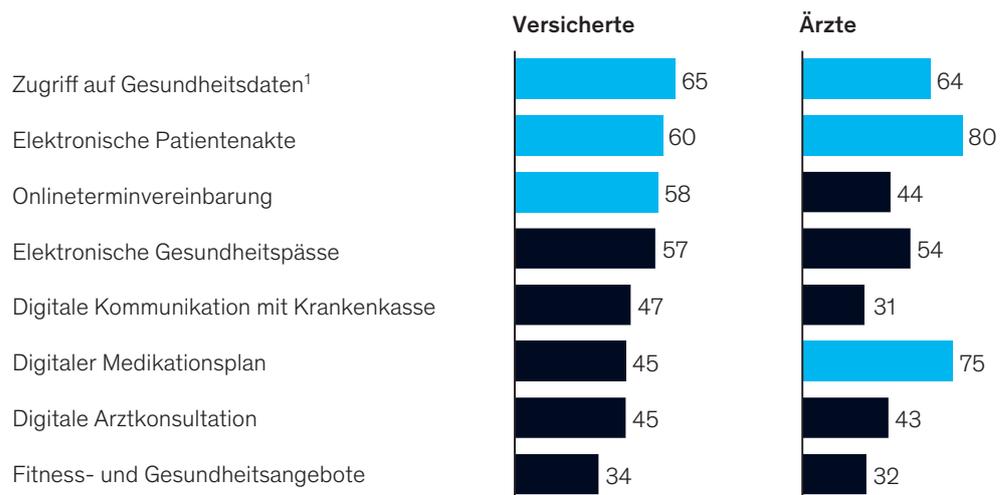
Schaubild 2

Die Anwendungspräferenzen von Versicherten und Ärzten unterscheiden sich in ihren Schwerpunkten

Relative Anwendungspräferenzen

in Prozent

Welche der folgenden Anwendungen würden Sie lieber nutzen?



¹ Eigene Daten bei den Versicherten, E-Status bei den Ärzten

Quelle: McKinsey-Umfrage unter 509 Versicherten und 150 Ärzten

- Die große Mehrheit der befragten Versicherten ist bereit, die Daten freizugeben, knüpft dies allerdings an bestimmte Voraussetzungen. Beispielsweise daran, dass nur Stammärzte und nicht alle Ärzte auf die Daten zugreifen können, dass sie von Fall zu Fall über die Datenfreigabe entscheiden können oder dass digitale Anwendungsfälle nur in Routine-situationen (etwa beim Anfragen von Vorsorgeterminen) zulässig sind.

Klare Vorstellungen haben die Versicherten davon, welche Angebote ihnen zusagen: Primär sehen sie Nutzen in Angeboten der Kategorie Administration und Service, die die Übermittlung von Daten erleichtern. Zudem ist den Versicherten der Zugriff auf die eigenen Daten durchgängig sehr wichtig:

- Der Zugriff auf eigene Gesundheitsdaten wird hier in 65% der Fälle präferiert bzw. als wichtigerer Anwendungsfall im Vergleich zu allen

übrigen Anwendungsfällen erachtet, die elektronische Patientenakte in 60% der Fälle und elektronische Gesundheitspässe in 57%.

- In der Kategorie der medizinischen Versorgung spielt zudem die Onlineterminvereinbarung eine wichtige Rolle, die in 58% der Fälle präferiert wird.

Ärzte setzen auf Effizienzgewinne

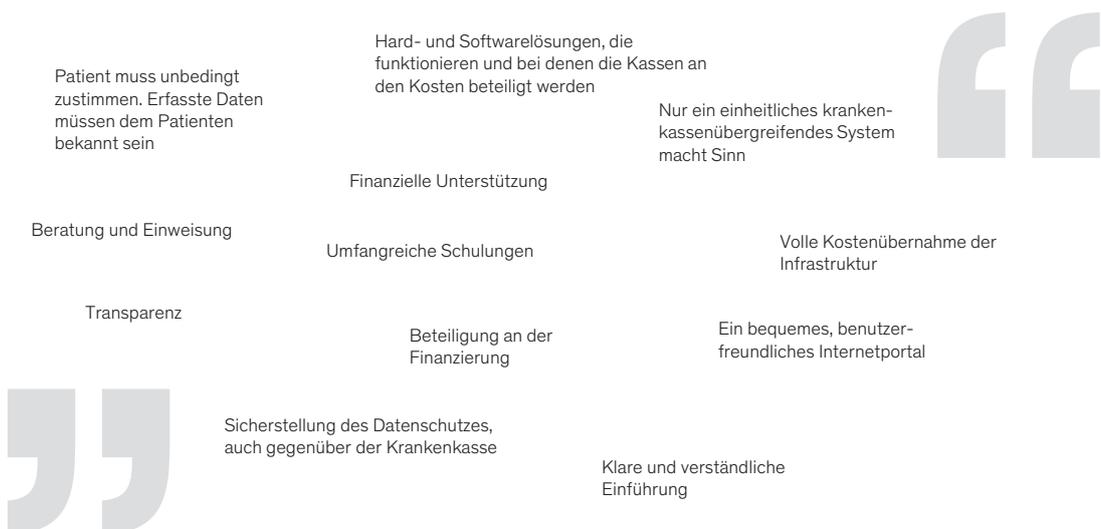
Im Vergleich zu den Versicherten äußert sich die Gruppe der Ärzte hinsichtlich ihrer Anwendungsbereitschaft deutlich positiver und hat weniger Vorbehalte:

- Lediglich 3 bis 5% der Ärzte lehnen die elektronische Patientenakte, den digitalen Medikationsplan, den elektronischen Patientenstatus (E-Status) und elektronische Gesundheitspässe aus Datenschutzgründen komplett ab.

Schaubild 3

Ärzte erwarten von den Krankenkassen bei der Digitalisierung Beratung/Schulung und finanzielle Unterstützung

Ausgewählte Antworten von Ärzten auf die Frage „Welche Unterstützung würden Sie sich bei einer Einführung digitaler Versorgungsangebote von Ihrer Krankenkasse wünschen?“



Quelle: McKinsey-Umfrage unter 509 Versicherten und 150 Ärzten

- Rund 40 bis 50% der Ärzte befürworten, dass bei den drei betrachteten Anwendungen alle Ärzte alle vorliegenden Informationen ohne Einschränkungen nutzen können.
- Je nach Anwendungsfall knüpfen rund 40 bis 45% der Ärzte die Nutzung der Informationen von anderen Ärzten an bestimmte Voraussetzungen, z.B. individuell über die Freigabe von Patientendaten an Kollegen.

Die Präferenzen der Ärzte liegen – angesichts deren sehr klarer Priorisierung von Anwendungsfällen – auf Angeboten, die Effizienzgewinne in der Versorgung versprechen und v.a. aus der Kategorie Administration stammen: Die elektronische Patientenakte wird in 80% der Fälle präferiert bzw. als wichtigerer Anwendungsfall im Vergleich zu allen anderen Anwendungsfällen angesehen, der digitale Medikationsplan in 75% der Fälle, der elektronische Patientenstatus (E-Status) in 64% der Fälle und elektronische Gesundheitspässe in 54% der Fälle. Alle übrigen Anwendungsfälle werden in weniger als 50% der Fälle präferiert.

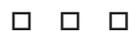
Ein optimaler Ausbau der digitalen Versorgung verlangt spezifische Angebote für Versicherte und Ärzte

Abschließend bleibt zu diskutieren, wie sich der Ausbau der digitalen Versorgung durch die GKVEn

effektiv unterstützen lässt. Die Umfrageergebnisse liefern hierzu zwei wesentliche Erkenntnisse:

- Die Bereitschaft von Versicherten und Ärzten, digitale Angebote zu nutzen, ist hoch – allerdings v.a. bei den Versicherten sehr eng geknüpft an die Erfüllung bestimmter Datenschutzvoraussetzungen.
- Ärzte erwarten von den Krankenkassen Unterstützung in zweierlei Hinsicht: Sie benötigen Beratung bzw. Schulungen bei der Einführung digitaler Angebote und sie wünschen sich finanzielle Unterstützung dafür (Schaubild 3). Die Vorstellungen dazu sind durchaus unterschiedlich und reichen von einer Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten für Hard- und Softwarelösungen bis hin zur vollen Übernahme der Kosten für die Bereitstellung der entsprechenden Infrastruktur.

Angesichts dessen könnte ein erfolgversprechender Unterstützungsansatz der GKVEn beispielsweise so aussehen, dass sie Ärzte bei der Einführung und Anwendung erster digitaler Leistungsangebote aktiv unterstützen. Die daraus resultierenden Angebote dürften dann für einen festgelegten Zeitraum zunächst nur diejenigen Versicherten nutzen, die im Gegenzug ihre Gesundheitsdaten zur Verfügung stellen. Diese Versicherten würden dann zugleich als überzeugende Multiplikatoren für die weitere Verbreitung digitaler Angebote fungieren.



Sowohl Versicherte als auch Ärzte signalisieren deutlich ihre Bereitschaft, digitale Leistungsangebote im Gesundheitswesen anzunehmen. Die GKVEn, die bereits seit einigen Jahren dieser wachsenden Nachfrage verstärkt Rechnung tragen,² sollten daher einer der Kernakteure sein, die den Ausbau der digitalen Gesundheitsversorgung vorantreiben. Hierbei bietet es sich für sie an, den Fokus zunächst auf administrativ-unterstützende digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte und elektronische Gesundheitspässe zu legen.

Flankierend gilt es – ggf. auch durch neue gesetzliche Regelungen –, einen angemessenen Gesundheitsdatenschutz sowie die Finanzierung des Ausbaus der digitalen Angebote bei allen Beteiligten, d.h. Versicherte, Ärzte und GKVEn, sicherzustellen. Erste Schritte dazu sind bereits u.a. mit dem Entwurf zum Digitale-Versorgung-Gesetz und mit der über das TSVG verpflichtenden Einführung einer elektronischen Patientenakte ab 2021 unternommen worden.

² Dies zeigt sich u.a. daran, dass mittlerweile nahezu alle GKVEn mit mehr als 1 Mio. Versicherten zumindest eine zentrale Administrations- und Service-App anbieten (siehe Kapitel B3, Schaubild 6, S. 62).



Digitale Transformation von Kundenerlebnissen – Versicherte warten ungeduldig darauf

A2

Das mag überraschen: Obwohl es in der Gesundheitswirtschaft um hochsensible Daten geht, erwarten die Kunden von Krankenkassen neue Onlineangebote im noch höheren Maß als von ihren Finanzdienstleistern oder Handelsunternehmen. Zugleich nutzen sie seltener Vergleichsportale, sondern steuern direkt die Unternehmensseiten an. Das zeigt eine aktuelle McKinsey-Umfrage. Doch die meisten GKVen bieten ihren Kunden digital nicht einmal das, was in anderen Branchen längst Standard ist.

Besonders junge und neue Krankenversicherungskunden sind eine rasche, digitale Interaktion mit ihren Dienstleistern gewohnt. Dazu beigetragen haben führende Unternehmen wie Amazon oder Google. Ihre Kunden nutzen Onlinedienste 24 Stunden und sieben Tage die Woche – von der Recherche über den Verkauf bis hin zum Kundenservice.

Etablierte Unternehmen, wie die meisten Krankenversicherungen, müssen jedoch erst einmal die notwendige Technologie aufbauen, um ihre Schwachstellen anzugehen, ein digitales Serviceangebot zu entwickeln und die Kundenreisen neu gestalten zu können. Der Aufwand lohnt sich, denn der Nutzen ist messbar: Die Kundenzufriedenheit steigt um 15 bis 20%. Ein positives Kundenerlebnis ist essenziell, da es ein wichtiger Treiber für den Geschäftserfolg ist und tief greifende Folgen für eine Reihe von Bereichen jenseits der reinen Kundenzufriedenheit hat. So kann beispielsweise ein effektives Kundenerlebnis die Servicekosten um 20 bis 40% senken, da die Prozesse effizienter werden oder Kunden verstärkt Self-Service-Tools nutzen. Ebenso können Optimierungen sowie eine bessere Orchestrierung von Multikanalpfaden die Konversionsrate um 20% erhöhen.

Um die Nutzung digitaler Dienste in der Krankenversicherungsbranche, die Erwartungen, die Kunden an zukünftige digitale Dienste und Services richten, und die Einflüsse auf ein besseres Kundenerlebnis im digitalen Zeitalter besser zu verstehen, hat McKinsey eine Studie in fünf B2C-Dienstleistungsbranchen durchgeführt: Banken, Kfz-Versicherungen, Energie, Krankenversicherung und Mobilfunk. Von den insgesamt über 3.600 nach

Alter und Geschlecht repräsentativ befragten Personen sind mehr als 1.300 als Kunden von Krankenkassen befragt worden. Die wichtigsten Ergebnisse stellen wir nachfolgend vor.

GKVen nutzen den Erfolgstreiber digitales Kundenerlebnis bislang weniger als andere Branchen

Die Art und Weise, wie Kunden digitale Dienste nutzen oder mit ihren Dienstleistungsanbietern über digitale Kanäle interagieren, beeinflusst maßgeblich ihre Gesamterfahrung mit ihren Krankenversicherungen (Schaubild 1).

Wir haben den Zusammenhang analysiert zwischen einer Schlüsselkennzahl – der Bereitschaft der Kunden, ein (Krankenversicherungs-)Unternehmen einem Freund oder Bekannten zu empfehlen (Schaubild 1, Y-Achse) – und dem Umfang, in dem dieses Unternehmen digitale Dienstleistungen anbietet, etwa eine eigens entwickelte Service-App oder die Möglichkeit, die persönlichen Angaben im Kundenportal zu ändern (X-Achse). Die Ergebnisse belegen, dass mit zunehmender Verfügbarkeit digitaler Dienste auch die Bereitschaft der Kunden zunimmt, den Anbieter zu empfehlen.

Umgekehrt schwindet der Einfluss der klassischen Kontaktkanäle und Dienste auf die wichtigsten Kennzahlen für das Kundenerlebnis, da diese traditionellen Kontaktkanäle und -dienste immer weniger zeitgemäß sind. Aus diesem Grund profitiert jeder Dienstleistungsanbieter von der Optimierung seines digitalen Angebots, weil er dadurch ein attraktiveres Kundenerlebnis ermöglicht.

Insbesondere Krankenversicherungsunternehmen verfügen auf dem Gebiet der Digitalisierung noch über beträchtliches Potenzial, denn die meisten von ihnen befinden sich gegenwärtig auf einem eher niedrigen Digitalisierungsniveau. Sowohl hinsichtlich der Verfügbarkeit digitaler Dienste als auch hinsichtlich der Empfehlungsbereitschaft liegen sie hinter Branchen wie Banken oder Telekommunikation zurück.

Digitale Kundenerlebnisse werden zum bestimmenden Faktor in Kundenservice und Vertrieb

Unsere Umfrage hat sich insbesondere mit vier Themen beschäftigt: 1. Welche digitalen Services bietet die eigene Krankenversicherung bereits an und welche sollte sie zukünftig anbieten? 2. Welche Kommunikationskanäle nutzen Versicherte gegenwärtig und welche wollen sie künftig nutzen? 3. Wie häufig ist die Nutzung digitaler Services heute und welche künftige Nutzung wird erwartet?

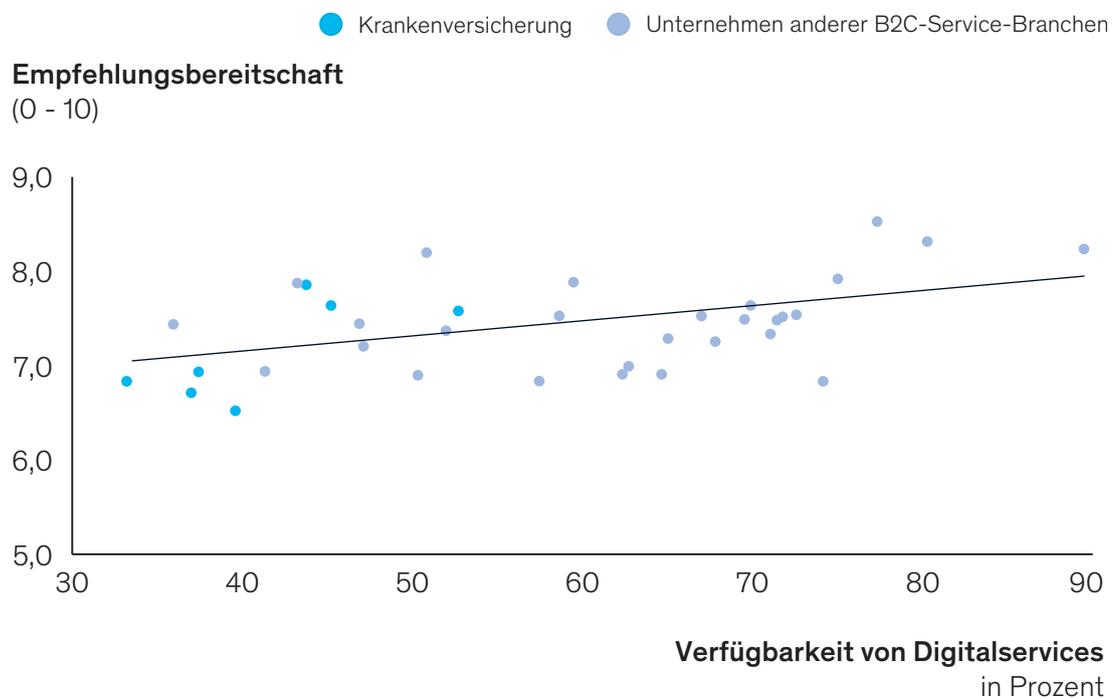
Und 4. Welche Kanäle für Informationsbeschaffung und Vertragsabschluss bei der Krankenkassensuche werden seitens des Vertriebs angeboten? Bei allen untersuchten Themen ergab sich ein Trend zu digitalen Angeboten, die aber nach Meinung der Befragten punktuell durch Offlineangebote flankiert werden sollten.

Bis zu 90% der GKV-Kunden erwarten künftig ein umfangreiches Angebot an digitalen Services

Entsprechend dem Bedürfnis nach einem besseren Kundenerlebnis wünschen sich Kunden immer mehr digitale Dienste (Schaubild 2). Krankenversicherungen haben hier jedoch im Vergleich zu den anderen untersuchten Branchen – Banken, Mobilfunk, Energie und Kfz-Versicherung – bislang wenig zu bieten. Für ihre Versicherten lassen sich jedoch bisweilen selbst grundlegendste Aufgaben nicht online erledigen: Nur 53% können ihre persönlichen Angaben online ändern und lediglich 45% können ihre Ansprüche online einreichen.

Schaubild 1

Die Empfehlungsbereitschaft in B2C-Service-Branchen wird durch digitale Kundenerlebnisse erhöht – Krankenversicherungen hinken hinterher



Quelle: Customer-centric tech-enabled transformation survey (März 2019; N=3.610; Krankenversicherung [KV] N=1.303)

Dabei erwarten bis zu 90% der Kunden, dass Krankenversicherungen ihnen dafür eine Onlinelösung anbieten. Der Wunsch ist damit sogar ausgeprägter, als er derzeit von den digital fortschrittlicheren Dienstleistungsbranchen erfüllt wird: von Banken zu 84% und von Mobilfunkunternehmen zu 83%. Darüber hinaus würden 88% der Krankenkassenkunden die Möglichkeit begrüßen, bestimmte Bescheinigungen und Berichte zu erhalten und zu überprüfen, und 77% hätten gern die Möglichkeit, medizinische Services online zu nutzen.

Trotz zunehmender Bedeutung digitaler Kontaktpunkte nutzen GKV-Kunden weiterhin ein breites Angebot an Offlinekontaktpunkten

In der Krankenversicherungsbranche stellen die traditionellen Kanäle weiterhin eine tragende Säule dar (Schaubild 3) — mit immer weiter wachsenden Kundenansprüchen. Die E-Mail wird sich zum primären Kontaktpunkt für Kunden entwickeln, denn 84% der Befragten planen, diesen Kanal zu nutzen. Dennoch ist das Telefon fast ebenso wichtig: 81%

der Befragten können sich vorstellen, diesen Kanal zur Klärung ihrer Versicherungsansprüche und Anliegen zu nutzen. Dieser Bedarf an direktem Telefonkontakt ist nur geringfügig höher als in anderen Branchen, z.B. 77% bei Banken, 75% bei Energieversorgern und 77% bei Mobilfunkanbietern.

Daneben gibt es eine zweite Gruppe von etwas weniger beliebten Online- und Offlinekanälen, die allerdings immerhin noch mehr als die Hälfte der Kunden erreichen: Niederlassungen, Briefe und Websites.

Anders sieht es bei den moderneren digitalen Angeboten aus: Hier werden Apps bzw. mobile Seiten und Video-Chats künftig zwar leicht an Popularität gewinnen: Apps/mobile Websites sind dann für 40% der Kunden (+7 Prozentpunkte) relevant, Chats für 31% der Kunden (+8 Prozentpunkte). Gleichzeitig wird SMS und Video-Chats auch künftig nur von rund jedem zehnten Kunden Bedeutung beigemessen. Ein Großteil der Befragten sieht in

Schaubild 2

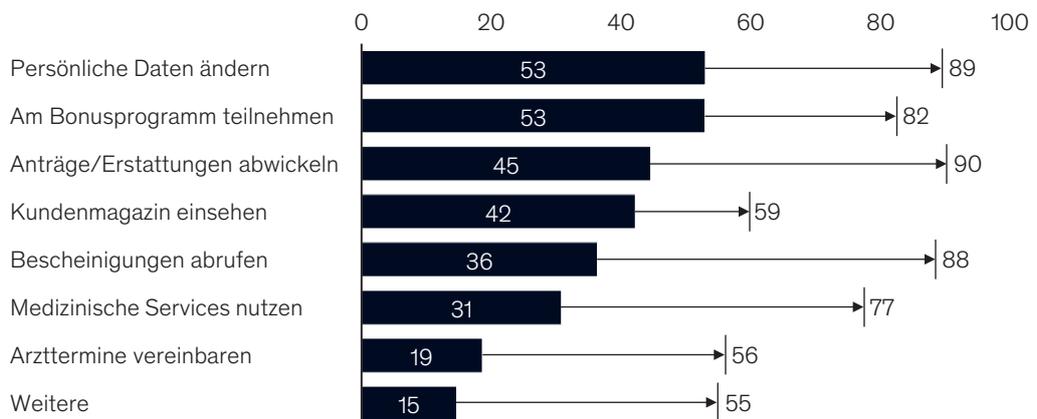
Krankenversicherungen bieten zwar Basisfunktionen bereits als digitale Services an, doch steigende Kundenerwartungen erfordern weiteren Ausbau

■ Heute → Zukunft

Angebot an Online-/Digitalservices heute und in Zukunft

in Prozent

Frage: Welche Online-/Digitalservices bietet Ihre Krankenversicherung heute an/sollte sie in Zukunft unbedingt anbieten?



Quelle: Customer-centric tech-enabled transformation survey (März 2019; N=3.610; KV N=1.303)

diesen Kanälen also weiterhin keinen relevanten Kontaktpunkt für die Regelung möglicher Krankenversicherungsanliegen (Schaubild 3).

Insgesamt ist die Verlagerung zu digitalen Kommunikationsformen über alle Kanäle hinweg weitgehend konsistent, wobei lediglich Telefonate in Zukunft leicht an Bedeutung verlieren. Die Herausforderung für Krankenversicherungsanbieter wird darin bestehen, die Verfügbarkeit, das nahtlose Angebot sowie die schnelle Reaktionszeit all dieser Kontaktkanäle sicherzustellen.

Der Anteil der reinen Offlinenutzer wird stark zurückgehen, die Zahl der intensiven Online-nutzer deutlich steigen

Heute nutzen mehr als ein Viertel der Kunden überhaupt keine Digitalservices (Schaubild 4). Rechnet man diejenigen Kunden hinzu, die digitale Angebote allenfalls für jedes vierte Anliegen nutzen (33%), dominieren noch immer die Kunden, die weitgehend offline bedient werden. Demgegen-

über wurden die Kunden in den übrigen befragten Branchen dazu angeleitet, die verfügbaren digitalen Angebote häufiger zu nutzen, beginnend mit einer Basis von 19% (Autoversicherung) bis hin zu 40% (Banken) der Kunden, die fast alle Anfragen online erledigen — gegenüber 8% in der Krankenversicherungsbranche. Andererseits zeigen sich lediglich 7% der Kunden in der Krankenversicherungsbranche zögerlich gegenüber digitalen Angeboten.

Was also hindert die GKVen? Die Kunden fordern nicht nur weitere digitale Angebote, sondern signalisieren auch klar ihre Bereitschaft, diese zu nutzen, sobald sie verfügbar sind (Schaubild 4). In einem solchen Zukunftsszenario mit einer besseren Verfügbarkeit der gewünschten Services würde es dann fast jeder zweite Kunde (46%) — statt derzeit jeder fünfte Kunde (20%) — bevorzugen, mehr als die Hälfte aller Anfragen online zu erledigen. Im Gegenzug würde sich der Anteil der regelmäßigen Offlinenutzer von 59 auf nur noch 27% reduzieren.

Schaubild 3

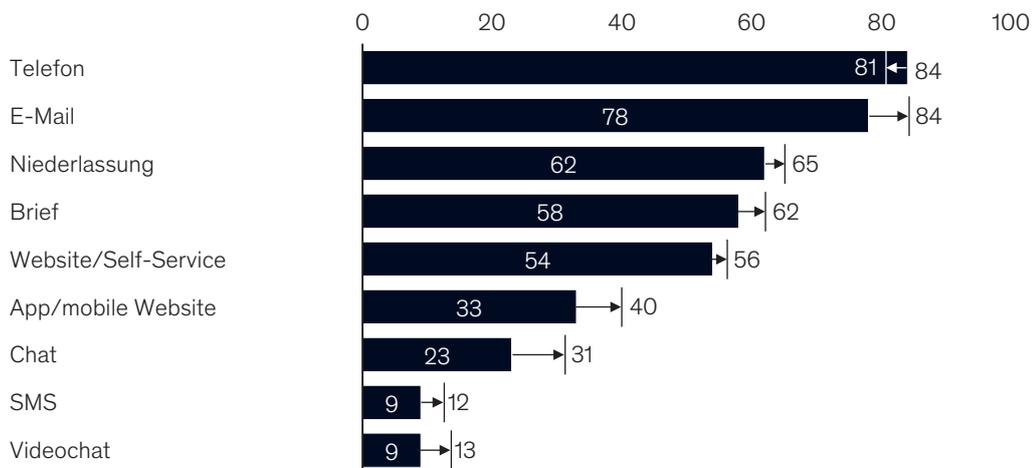
Digitale Kontaktkanäle gewinnen an Bedeutung zur Klärung von Serviceanliegen – E-Mail wird Telefon als wichtigsten Einzelkanal ablösen

■ Heute → Zukunft

Nutzung von Kommunikationskanälen

in Prozent

Frage: Wie treten Sie heute mit Ihrer Krankenversicherung in Kontakt/möchten Sie in Zukunft in Kontakt treten zur Klärung Ihrer Anliegen (z.B. Servicefragen)?



Quelle: Customer-centric tech-enabled transformation survey (März 2019; N=3.610; KV N=1.303)

Um die Kundenzufriedenheit zu erhöhen und die Betriebskosten zu senken, erfordert eine derart starke Verschiebung der Kundenkommunikationskanäle nicht nur die Bereitstellung der gewünschten digitalen Angebote, sondern auch die Anleitung und Beratung der Kunden und der beteiligten Akteure.

Im Vertrieb sind Onlinekanäle für die Informationssuche bereits am wichtigsten

Digitale Angebote spielen nicht nur im Kundenservice eine wichtige Rolle, sondern auch im Vertrieb, und zwar bei der Beschaffung von Informationen und dem tatsächlichen Abschluss.

Unternehmenswebsites sind mit Abstand die wichtigste Informationsquelle für Krankenversicherungskunden (Schaubild 5): 88% nutzen den Onlineauftritt für die Suche nach einer Versicherung. Nur Mobilfunkanbieter erreichen einen ähnlichen Nutzungsgrad. Auffällig ist, dass nur 70% der Krankenversicherungskunden auf Vergleichsportalen nach Krankenversicherungsunternehmen recherchieren, also viel weniger als bei den meisten anderen Dienstleistungsanbietern. Bei den Energieversorgern sind es z.B. 84%, bei den Kfz-Versicherern 76%. Schließlich sind die Niederlassungen der Anbieter der einzige andere Kanal, der die Mehrheit der Krankenversicherten erreicht, wobei 55% der Kunden die Niederlassungen zu Informationszwecken aufsuchen.

Geht es nicht nur um die reine Informationssuche, bei der der Onlinekanal dominiert, sondern um den Vertragsabschluss, sticht die Filiale als wichtigster Kanal hervor: Sie liegt vor allen Onlinekanälen. Dieses Muster ist innerhalb der Dienstleistungsbranchen allerdings nicht einheitlich:

— Verträge und Kundenbeziehungen mit typischerweise kürzeren Laufzeiten, wie in den Bereichen Energie, Mobilfunk und Kfz-Versicherung üblich, werden meist auf der Website des Anbieters abgeschlossen – z.B. 79% bei

— Verträge und Kundenbeziehungen mit typischerweise kürzeren Laufzeiten, wie in den Bereichen Energie, Mobilfunk und Kfz-Versicherung üblich, werden meist auf der Website des Anbieters abgeschlossen – z.B. 79% bei

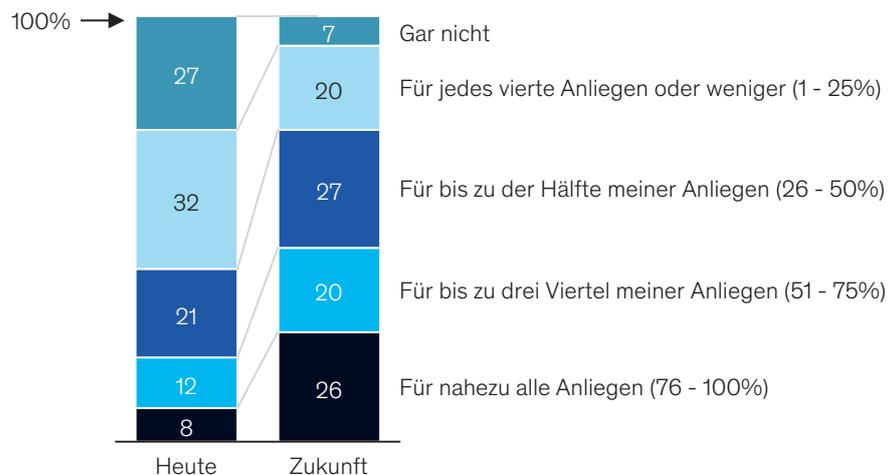
Schaubild 4

Während 59% der Versicherten Onlineservices bisher nicht bzw. wenig nutzen, wollen künftig 46% ihre Anliegen vorwiegend online erledigen

Nutzung von Online- und Digitalservices

in Prozent

Frage: Wie häufig nutzen Sie Online-/Digitalservices bereits/würden Sie diese in Zukunft nutzen, wenn Ihre Wunschfunktionen zur Verfügung stehen?



Quelle: Customer-centric tech-enabled transformation survey (März 2019; N=3.610; KV N=1.303)

Energieversorgungs- und Mobilfunkunternehmen, gefolgt von Preisvergleichsportalen mit z.B. 72% bei Energieversorgungs- und 58% bei Mobilfunkunternehmen.

- Längerfristige Kundenbeziehungen mit höheren Wechselkosten (Bankwesen, Krankenversicherungen) hängen nach wie vor stark von der menschlichen Begegnung in der Filiale ab – v.a. beim Vertragsabschluss. Telefonhotlines und Makler erreichen nur einen kleinen Teil der Kunden, allerdings mit einer hohen Umwandlungsrate beim Vertragsabschluss.

Um sich mit einem großartigen Kundenerlebnis vom Wettbewerb abzuheben, müssen Krankenversicherungsunternehmen angesichts dieser Umfrageergebnisse einerseits eine nahtlos integrierte Kundenreise über die vorwiegend digitalen Informationskontaktpunkte anbieten und andererseits weiterhin eine Offlineoption für den Vertragsabschluss. Zugleich sollten Krankenversicherungsunterneh-

men aber bestrebt sein, Kunden für den Abschluss von Verträgen und für die Erledigung ihrer Anliegen in Richtung Onlinekanäle zu bewegen, indem sie Vertrauen in die digitalen Kanäle aufbauen.

Angesichts des beschriebenen messbaren Nutzens besteht bei Krankenversicherungen trotz der hohen Regulierungsdichte dieses Dienstleistungsbereichs ein realisierbares Verbesserungspotenzial. Zudem zählen die Kundenanforderungen und die Bereitschaft zu mehr Digitalisierung unter allen untersuchten Branchen zu den höchsten. Digital Natives, die Innovationen auch bei den etablierten Unternehmen vorantreiben, werden diese Entwicklung noch beschleunigen.

Die Entwicklung herausragender digitaler Kundenerlebnisse erfordert einen holistischen Ansatz

Technologie ist der Schlüssel zur Schaffung eines großartigen Kundenerlebnisses, das es Anbietern

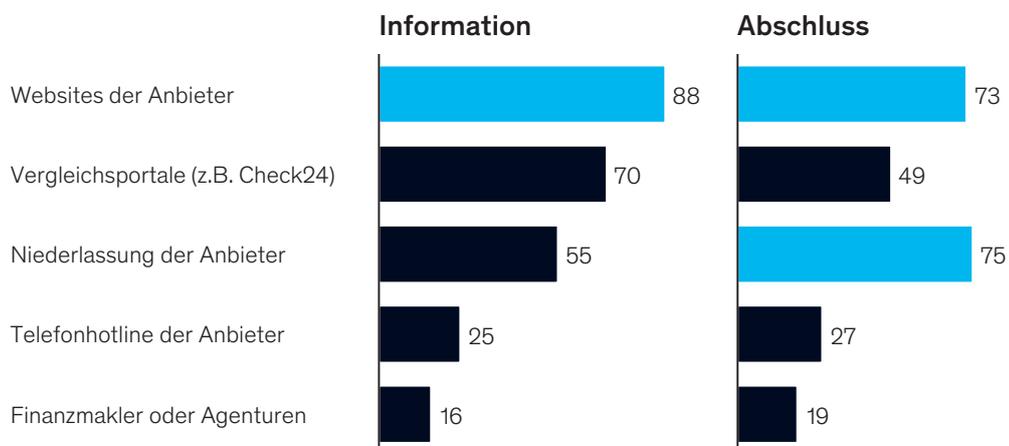
Schaubild 5

Kunden nutzen zur Information meist Onlinekanäle – der Vertragsabschluss erfolgt aber meist noch offline in den Niederlassungen

Nutzung von Informations- und Abschlusskanälen

in Prozent

Frage: Angenommen, Sie sind auf der Suche nach einer Krankenversicherung, wie würden Sie sich über eine Krankenversicherung informieren/wie können Sie sich vorstellen, diese abzuschließen?



Quelle: Customer-centric tech-enabled transformation survey (März 2019; N=3.610; KV N=1.303)

ermöglicht, zugleich zu wachsen und effizienter zu werden. Aber der technologische Fortschritt und die Entwicklung digitaler Dienste sollten nicht allein Aufgabe der IT-Abteilung sein. Nahezu alle Aspekte eines Unternehmens, einschließlich der internen Prozesse, der Arbeitsmethoden und des Kundenservices, spielen für effektive digitale Dienste eine Rolle. Aus diesem Grund sollten Unternehmen, die mit Hilfe der Technologie kundenzentrierter werden und damit zusätzlichen Geschäftserfolg erzielen wollen, einen dreiteiligen Transformationsansatz verfolgen:

Aufbau einer technologischen Basis. Den Auftakt bildet die Auswahl der richtigen IT-Architektur und die Priorisierung der Komponenten anhand der Kundenanwendungsfälle.

Entwicklung eines digitalen Angebots. Anschließend gilt es, die Digitalservices oder Kontaktkanäle für die Entwicklung zu priorisieren, Prototypen gemeinsam mit den Kunden zu erstellen und mit der Entwicklung von Produkten und Services zu beginnen. Für die Bereitstellung der Services und die Sicherstellung der Integration dieser Services in das IT-Backend sind feste Intervalle zu planen.

Sichern der Nutzung von Produkten/Services. Den Abschluss bilden Überlegungen, wie Kunden und Mitarbeiter über die neuen Dienstleistungen infor-

miert werden können, Planungen entsprechender Marketingmaßnahmen zu deren aktiver Förderung und eine genaue Überwachung der tatsächlichen Nutzung in einem iterativen Ansatz.

Jedes B2C-Dienstleistungsunternehmen muss dafür sorgen, dass alle drei Komponenten vorhanden sind, da sie nur in Kombination wirken. So können beispielsweise eine neue IT-Architektur und optimierte Kundenreisen nur dann differenzierende Kundenerlebnisse ermöglichen, wenn Kunden und Mitarbeiter die Produkte und Dienstleistungen am Ende tatsächlich auch aktiv nutzen. Anderenfalls gerät die Technologietransformation zu einem kostspieligen Unterfangen ohne positive Auswirkung auf den Geschäftserfolg.

Die drei Komponenten stehen zwar in einer natürlichen Abfolge; für die Implementierung existiert jedoch kein strikter Zeitrahmen. Dieser sollte vielmehr vom individuellen Ausgangspunkt eines Unternehmens abhängen. So könnte es vorteilhaft sein, sehr früh im Transformationsprozess einen neuen Ansatz zu entwickeln und zu erproben, der auf der alten IT-Plattform läuft, und analog dazu mit dem Aufbau der neuen technologischen Basis zu beginnen.



Dass sich die technologiegestützte Transformation dank zufriedenerer Kunden, niedrigerer Kosten und höherer Konversionsraten rechnet, gilt für alle Branchen. Aber in keiner anderen haben die Kunden ein so großes Interesse daran wie bei ihrer Krankenkasse – erst recht, wenn sie es schafft, online und offline barrierefrei miteinander zu verbinden.



Produktivität steigern, die Organisation digital ausrichten – ehrliche Analyse und strikte Priorisierung vorausgesetzt

A3

Die GKVen stehen unter massivem Druck, ihre Produktivität zu steigern. Die wichtigste Antwort auf diese Herausforderung: Prozesse digitalisieren und automatisieren. Beide Ansätze vereint führen nicht nur zu enormen Effizienzsteigerungen, sondern auch zu zufriedeneren Kunden und Mitarbeitern. Entscheidend für den Erfolg der Digitalisierungs- und Automatisierungsmaßnahmen ist eine begleitende Transformation zur konsequenten Ausrichtung der gesamten GKV-Organisation auf die digitale Welt. Für viele Anbieter ist dieser Weg noch weit.

Von den tief greifenden Herausforderungen, denen sich GKVen zurzeit gegenübersehen und die sich gegenseitig verstärken, sind zwei in ihren Auswirkungen unmittelbar spürbar: der hohe, zuletzt deutlich weiter gestiegene Kostendruck und die rapide alternde Mitarbeiterschaft. Zugleich ist es politisch gewollt, dass die knapp über 100 GKVen ihre Verwaltungsausgaben so niedrig wie möglich halten: 2017 waren es nahezu 11 Mrd. EUR – oder 4,7% der Gesamtausgaben. Doch tatsächlich sind die Verwaltungskosten in den vergangenen Jahren nicht nur um rund 5% gestiegen, sondern es bestehen auch ganz erhebliche Unterschiede bei den Verwaltungskostenquoten. Diese variieren je nach Kasse zwischen rund 70 und 250 EUR je Versicherten.

Zudem werden bei zahlreichen GKVen rund 20 bis 30% der Mitarbeiter in den nächsten fünf bis zehn Jahren in den Ruhestand gehen, ohne dass es auf dem Arbeitsmarkt genügend Arbeitskräfte gibt, um diese Lücken zu füllen. Die Notwendigkeit, die Produktivität der GKVen rasch und substanziell zu steigern, ist offensichtlich.

Das Digitalisieren und Automatisieren von Prozessen hat erste Priorität

Nach wie vor laufen die meisten internen Prozesse von deutschen Krankenkassen manuell und auf Papier ab. Nach unseren Berechnungen besteht schon an dieser Stelle typischerweise ein Potenzial zur Effizienzsteigerung von 20 bis 30%. Drei Ansätze sind dabei entscheidend:

„*Vereinfachen, Weglassen, Verlagern*“. Hier liegt häufig großes Vereinfachungspotenzial, beispielsweise im Weglassen eines manuellen Eingangsschritts zur Datenerfassung, der bereits gleichzeitig maschinell durchgeführt wird, oder bei der Ausweitung genehmigungsfreier Hilfsmittel. Zugleich können Mitarbeiter von Routineaufgaben entlastet werden und stehen für wichtigere – aus ihrer Sicht oft auch interessantere – Aufgaben zur Verfügung. Diese Maßnahmen sind vergleichsweise einfach umzusetzen bei niedrigen Investitionskosten.

„*Kontrollieren und Optimieren*“. Fortlaufende Sicherstellung operativer Exzellenz und kontinuierliche Optimierung der verbleibenden manuellen Prozessschritte lassen sich durch Steuerung über Kennzahlen und Anpassung der Organisationsstruktur gewährleisten. Ein Beispiel für Letzteres ist etwa die Optimierung der Arbeitssteuerung in Hilfsmittel-Sachbearbeiter-Teams durch verbesserte Fallzuteilung.

„*Digitalisieren und Automatisieren*“. Digitale Lösungen für einzelne Prozessschritte oder ganze Prozesse wie die digitalen Self-Services, Digitalisierung der Eingangsstrecken, Analytics-basierte Automatisierung oder Rapid Process Automation (RPA) bei der Automatisierung von Regelwerksaufgaben erhöhen die Effizienz.

Alle genannten Ansätze vereinfachen Prozesse und steigern die Produktivität. Doch auf dem Digitalisieren und Automatisieren sollte besonderes Augenmerk liegen: Zum einen lassen sich damit bereits

rund zwei Drittel des bei Krankenkassen typischerweise gegebenen Effizienzsteigerungspotenzials von insgesamt 20 bis 30% erschließen – das mittels kontinuierlicher Verbesserung realisierbare Potenzial nicht mitgerechnet. Zum anderen wirkt sich dieser erste Schritt auch auf zwei andere wichtige Kennzahlen aus:

Höhere Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit

Nicht nur die Kostenquote, auch die Kunden und die GKV-Mitarbeiter profitieren von digital vereinfachten oder automatisierten Prozessen. Beispielsweise beschleunigen sie die Anliegenbearbeitung deutlich, ermöglichen innovative und passgenaue Produktangebote, optimieren die Kundenreise und schaffen verbesserte Arbeitsbedingungen, indem sie den Anteil repetitiver Tätigkeiten reduzieren helfen.

Älteren Versicherten, die besondere Erwartungen an den persönlichen Service durch Mitarbeiter der GKV haben und sich – wie Umfrageergebnisse belegen (Quelle: Bitkom) – z.B. Informationsangebote oder Zugang zu ihren eigenen Gesundheitsdaten wünschen, können entsprechende Angebote leichter zugänglich gemacht werden. Damit wird das Serviceversprechen der Kassen auch insgesamt besser eingelöst. Gleichzeitig hat diese Zielgruppe allerdings noch immer den Wunsch, eine Geschäftsstelle in der Nähe zu haben.

Auch auf die sich verändernden Ansprüche jüngerer Versicherter müssen die GKV mit neuen Themen, Informations- und Serviceangeboten reagieren. Das allein reicht aber nicht: Ihren Gewohnheiten entsprechend erwarten jüngere Versicherte auch von ihrer GKV digitale Kommunikationswege, damit die digitale Geschäftsstelle für sie die Rollen des persönlichen Beraters vor Ort und des präferierten ersten Ansprechpartners in Gesundheitsfragen übernehmen kann.

Steigende Attraktivität als „moderner und digitalisierter“ Arbeitgeber

Wie zuvor beschrieben, ist längst offensichtlich, dass die GKV in den nächsten Jahren neue Mitarbeiter mit neuen Qualifikationen rekrutieren müssen – und davon sehr viele. Doch dieses Problem betrifft auf Grund des Renteneintritts der geburtenstarken Jahre auch die meisten anderen Branchen. Der Wettbewerb um „digitale Köpfe“ wird sich

in absehbarer Zeit weiter zuspitzen. Krankenkassen genießen dabei noch nicht den Ruf, als digitale Vorreiter für Arbeitskräfte besonders interessant zu sein. Nur wenn sie sich zu einer starken und attraktiven Arbeitgebermarke weiterentwickeln, werden sie neue Mitarbeiter in ausreichender Zahl und mit der nötigen Expertise gewinnen können.

Nur ein klarer Fokus bis ins Detail führt zu substanziellen Effizienzsteigerungen

Egal, ob kleine oder große GKV, für beide gelten dieselben Kriterien bei der Auswahl der Hebel und der zu betrachtenden Prozesse sowie bei der Umsetzung der gewählten Effizienzmaßnahmen. Ggf. muss in Verbundlösungen gedacht werden, bei denen sich mehrere GKV die nicht selten hohen Entwicklungskosten teilen. Die Kernfragen lauten: Wie schnell ist die Umsetzung angesichts der finanziellen Möglichkeiten und intern vorhandenen Ressourcen möglich? Und welche Priorisierung ist sinnvoll?

Die Auswahl der Hebel

Die im Fokus stehenden Digitalisierungs- und Automatisierungspotenziale lassen sich im Wesentlichen mit Hilfe von vier Hebeln erschließen (Schaubild 1):

- *Digitales Input-/Outputmanagement.* Übertragung von Daten in internes Dokumentenmanagement, Zuordnung und Aufbereitung der Daten
- *Automatisierung.* Verarbeitung durch Robotics-Lösungen – z.B. Automatisierung der Schnittstelle von intelligenten Formularen und Systemen durch Nutzung von RPA – sowie Erhöhung der Dunkelverarbeitungsquote
- *Standardisierte systemseitige Umsetzungen.* Abbildung des Prozessergebnisses in den Kernsystemen, z.B. Umsetzung von standardisierten Lösungen der jeweiligen IT
- *Omnikanal.* Bereitstellung der notwendigen Eingangskanäle (E-Mail, App, Onlineantragsstrecken etc.).

Dabei ergibt sich zwischen den verschiedenen Hebeln eine klare Gewichtung: Nach unseren Erfahrungen lassen sich 40% des über „Digitalisieren und Automatisieren“ zu nutzenden Gesamtpotenzials mit digitalem Input-/Outputmanagement erschließen, rund 30% mit Automatisierung, 20% durch systemseitige Einbindung sowie 10% durch Nutzung von Omnikanal. Zudem ist zu beachten, dass die Implementierungskomplexität bei Omnikanal und digitalem Input-/Outputmanagement überwiegend mittel bis hoch ist, während für die übrigen beiden Hebel nur geringe bis mittlere Aufwände erforderlich sind.

Die Prozessauswahl

Was lässt sich wie am sinnvollsten optimieren? Die Antwort darauf kann nur eine ehrliche Überprüfung aller bestehenden Prozesse und Tätigkeiten der Organisation sein und – daraus resultierend – deren strikte Priorisierung.

Dabei sollten Prozesse anhand der Dimensionen gebundene Ressourcen, Optimierungspotenzial des jeweiligen Prozesses und strategische Relevanz für die GKV bewertet werden. Die Bewertungsparameter im Einzelnen sind:

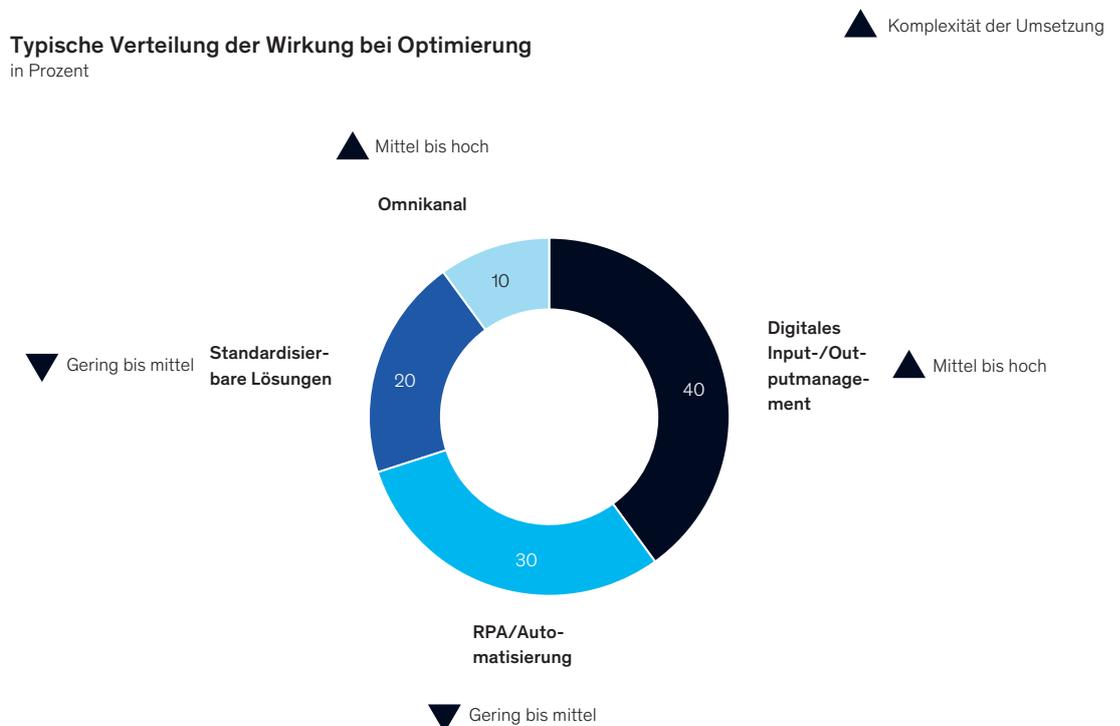
Gebundene Ressourcen. Umfangreiche Mitarbeiterkapazitäten binden typischerweise die Genehmigungs- und Abrechnungsprozesse in den Leistungsbereichen. Außerdem sind besonders solche Prozesse ressourcenintensiv, die sich mit der Verwaltung der Versicherten beschäftigen – von der Mitgliedschafts- und Stammdatenverwaltung über Inkasso bis hin zur Neumitgliederakquisition.

Optimierungspotenzial. Der schon erreichte Grad der Automatisierung und Digitalisierung ist im jeweiligen Einzelfall zu bewerten. Allerdings zeigt sich, dass auf Grund der Serviceerwartungen der Versicherten bisher erst einmal auf ein möglichst umfassendes digitales Kundenangebot gesetzt

Schaubild 1

Typischerweise ist digitales Input-/Outputmanagement ein wichtiger Hebel bei der Digitalisierung von Prozessen

Typische Verteilung der Wirkung bei Optimierung in Prozent



Quelle: McKinsey

wird und nachgelagerte Prozessschritte vielfach auch erst nachrangig betrachtet werden.

Optimierungspotenziale müssen allerdings immer als vollständiger Prozess betrachtet werden, um sie ermitteln bzw. auszuschöpfen zu können. Nur so lässt sich die maximale Verbesserung erzielen, die beispielsweise möglich ist, wenn Versicherte oder Leistungserbringer ihre Abrechnungsanfragen online stellen und deren automatisierte Abwicklung mit geringstmöglichem Aufwand stattfindet. Auch Kunden, die ihre Mitgliedschaftsanträge selbst online eingeben, vereinfachen die Bearbeitung enorm. Wichtig ist zudem der Mut, bestehende Prozesse nicht nur radikal weiter zu verbessern, sondern komplett neu zu denken.

Strategische Relevanz. Insbesondere Prozesse mit Versichertenbezug haben eine kritische Relevanz für die GKVen. Grundsätzlich muss die Frage nach den selbst gesteckten Zielen der GKVen gestellt werden – eine auf Wachstum ausgerichtete BKK wird zunächst andere Prozesse in den Fokus der Effizienzsteigerung rücken als eine große Ortskrankenkasse mit vergleichsweise höherem Durchschnittsalter der Versicherten.

In einem weiteren Schritt gilt es dann, die Veränderungsmaßnahmen von internen Kräften, die die nötigen Fähigkeiten on the Job erwerben, konkret ausarbeiten zu lassen und damit den Grundstein für eine digitale Transformation zu legen. Nur so lässt sich sicherstellen, dass das nötige Wissen im eigenen Haus wächst und verbleibt. Erst dann ist kontinuierliche Verbesserung möglich. Ziel muss es daher sein, einen Mindset unter GKV-Mitarbeitern zu etablieren, der kontinuierliche Verbesserung in den Mittelpunkt allen Handelns stellt.

Die Umsetzungsplanung

Wie lassen sich Optimierungsvorhaben realisieren? Hier gilt es, zwischen großen und kleinen Kassen zu unterscheiden, ebenso zwischen dem jeweiligen Ambitionsniveau. Maßgeblich sind die internen Ressourcen der jeweiligen Kasse.

Mittlere und größere Kassen (mit mehr als 1 Mio. Versicherten) können Prozesse in der Regel in dreimonatigen Wellen mit jeweils fünf bis sechs Prozessbündeln optimieren, d.h. ein umfassendes

Transformationsprogramm erstellen, das sie in zwei Jahren durch die gesamte Organisation bringt und an deren Ende die Optimierung aller Prozesse steht.

Kleinere Kassen hingegen müssen stärker priorisieren, bestenfalls geclustert nach inhaltlichen Kriterien und nach Möglichkeit im Verbund mit anderen Kassen, um die Kosten v.a. der technischen Lösungen auf mehrere Schultern zu verteilen. Für sie gilt es beispielsweise,

- alle bestehenden Genehmigungsprozesse gemeinsam über alle Fachabteilungen hinweg zu analysieren und wiederkehrende Herausforderungen gebündelt zu lösen und
- gemeinsam mit anderen GKVen entweder bestehende Lösungen zu übernehmen oder einen Verbund zu bilden, z.B. zum Bau eines Roboters.

Entscheidend sind die intern verfügbaren Kapazitäten und die bestehenden Fähigkeiten. Doch häufig mangelt es an ausreichenden IT-Kenntnissen sowie den notwendigen Ressourcen zur Realisierung der Hebel. Hier ist ein neues organisatorisches Setup wichtig. Die Standardisierungen müssen dafür ebenso sichergestellt werden wie die Voraussetzungen für erfolgreiches, agiles Arbeiten. Dafür hilfreich sind ad hoc gebildete und zeitlich begrenzte Arbeitsgruppen, kleinere Werkstätten für ausgewählte Optimierungsthemen oder dauerhafte Digital Factories.

Gleichzeitig müssen interne Kräfte aktiv an der Umsetzung mitwirken. Auch diese Mitarbeiter gilt es, on the Job aufzubauen und weiterzubilden, damit sie die Change-Prozesse in der Organisation begleiten und das digitale Mindset aller Mitarbeiter fördern können – was ebenfalls eine Herausforderung ist.

Ohne eine holistische Weiterentwicklung ist keine GKV mehr wettbewerbsfähig

Viele GKVen haben eine Organisation, die noch immer auf die Schwerpunkte der nicht digitalen Welt ausgerichtet ist. Diese Organisation lässt sich in vier Bereiche einteilen (Schaubild 2): Steuerung,

interne Unterstützung, Vertrieb/kundenbezogene Tätigkeiten und betriebliche Tätigkeiten.

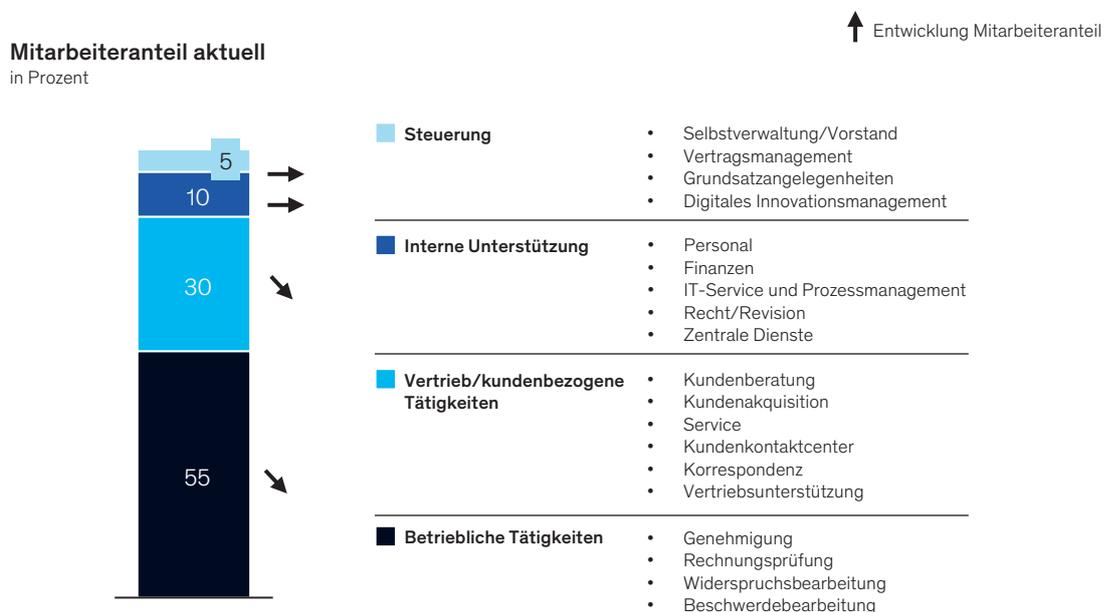
Diese Kapazitätsverteilung und Mitarbeiterqualifikation entspricht nicht mehr den aktuellen Anforderungen. Im Zuge von Digitalisierung und veränderten Kundenerwartungen – nicht zuletzt wegen der Onlinebearbeitung von Kundenanliegen, d.h. ohne direkte Interaktion mit einem GKV-Mitarbeiter – wird sich der Arbeitsanteil von betrieblichen und kundennahen Tätigkeiten reduzieren. Gleichzeitig steigt der Bedarf an spezialisierten Mitarbeitern stark an: Deren Wissen ist nötig für die fokussierte Bearbeitung von Sonderfällen, Hochkostenfällen oder Themen wie die Weiterentwicklung von IT und neuen Produktangeboten. Daraus ergeben sich mehrere konkrete Handlungsfelder:

Fähigkeiten und Personalstrategie. Neue Tätigkeitsschwerpunkte führen zu neuen Anforderungen sowohl an die Mitarbeiter als auch an

die GKVen als Arbeitgeber. Die Entwicklung von der klassischen Sachbearbeitung hin zu kreativeren Tätigkeiten macht es notwendig, Mitarbeiter intern wie extern gezielt zu qualifizieren, Kollegen mit neuen Profilen zu gewinnen und sie schnell in die Spezifika der jeweiligen Krankenkasse zu integrieren. Gleichzeitig steht auch die externe Personalgewinnung vor einer zusätzlichen Herausforderung: Potenzielle Bewerber werden dank ihrer gesuchten Expertise auch von Unternehmen anderer Branchen umworben – oft solchen, die digitalaffinen Bewerbern interessanter und zukunftsfähiger erscheinen. Es bedarf daher einer integrierten Personalstrategie, die zum einen sowohl die transformatorischen Herausforderungen durch die Digitalisierung als auch die veränderten Bedingungen des Arbeitsmarkts berücksichtigt. Zum anderen muss diese Personalstrategie die Attraktivität der Krankenkasse als Arbeitgeber aktiv ansprechen und dabei alle Aspekte berücksichtigen, nicht zuletzt die Gehaltsstruktur und Benefits.

Schaubild 2

Insbesondere betriebliche Tätigkeiten werden durch Digitalisierung reduziert



Quelle: McKinsey

Gleichzeitig werden sich auch die Anforderungen an Führungskräfte ändern: Führen in Zeiten dieses Umbruchs verlangt nach Persönlichkeiten, die nicht nur digitalen Sachverstand haben, sondern auch eine fundamentale Transformation unter Einbeziehung und Überzeugung ihrer Mitarbeiter aktiv vorantreiben und managen können.

Formen der Zusammenarbeit. Eine digitale Kasse braucht kreativere Mitarbeiter, weil der Bedarf an einfacheren Tätigkeiten abnimmt und in Zukunft anders als gewohnt und bereichsübergreifend zusammengearbeitet wird. Es reicht schon jetzt nicht mehr aus, nur Sachbearbeitung und Referententätigkeiten durchzuführen, möglichst an einer Stelle. Darauf muss die Organisation reagieren, u.a. indem sie agiles Arbeiten einführt. Unterschiedliche Fachrichtungen werden anlass- bzw. projektbezogen zusammengeführt und unter methodischen Vorgaben zur gemeinschaftlichen Lösungsentwicklung verpflichtet. Diese Teams sind für den Erfolg des Lösungsprozesses verantwortlich, und zwar im gesamten Prozess. Diese Form der Zusammenarbeit kann – nach dem Vorbild von privaten Versicherungsunternehmen – auch auf stärker betrieblich strukturierte Einheiten wie die Rechnungsprüfung ausgeweitet werden. Hier sind es v.a. sich selbst organisierende Teams, mit denen agiles Arbeiten auch Mitarbeitern hochvolumiger Prozesse zugänglich gemacht wird, damit sie ihre Themen eigenständig, effizienter und mit höherer Qualität bearbeiten können.

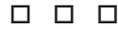
Organisationsstruktur. All das funktioniert nur, wenn sich auch die Organisation weiterentwickelt. So ist die klassische gesetzliche Krankenkasse etwa in Fachbereichen organisiert, die nach Leistungsbereichen geordnet sind. Mit der Reduktion der klassischen Sachbearbeitungsthemen scheint es möglich, alle verbleibenden betrieblichen Aufgaben nach dem Vorbild von Versicherungsunternehmen in einer zentralisierten Betriebseinheit zu bündeln. Hier können die wichtigen hochvolumigen Tätigkeiten wie Sach- und Call-Bearbeitung erledigt und dann insbesondere durch den stärkeren Einsatz von Automatisierung und Dunkelverarbeitung weiter transformiert werden. Weitere Synergien werden so möglich: flexibler Ausgleich von Lastspit-

zen, ebenso gemeinsame Nutzung derselben Infrastruktur, verbesserter Erfahrungsaustausch.

Eine Alternative kann die Bündelung hochvolumiger Massenprozesse in einer zentralen Einheit sein, in der Prozesse wie Rechnungsprüfungen oder Genehmigungen schrittweise und bereichsübergreifend optimiert werden. So wird der frühe und unmittelbare Zugriff auf alle betriebsnahen Kräfte sichergestellt und die Erfahrungen der Prozessoptimierung lassen sich in einer Einheit bündeln.

Unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere wenn eine signifikante Kostenreduktion bei gleich bleibender Qualität zu erwarten ist, kann es auch sinnvoll sein, Tätigkeiten in Form von Auslagerungen durch externe Dienstleister erbringen zu lassen. Zwar sind hier durch den Gesetzgeber enge Grenzen gesetzt, so dass etwa Kernelemente der Hilfsmittelprüfung innerhalb der Krankenkasse (oder des Medizinischen Dienstes) durchzuführen sind. Doch insbesondere die Rechnungsprüfung oder auch einzelne Datenerfassungsschritte dürfen zumindest temporär (teil)ausgelagert werden. Anders als häufig in der Vergangenheit geschehen, müssen diese Entscheidungen allerdings auf der Grundlage eines Business Case mit der Ermittlung der zu erwartenden Vor- und Nachteile getroffen werden.

Standorte. Wie beschrieben verändern sich mittelfristig auch die Kundenerwartungen an die Präsenz der Krankenkassen in der Fläche. Digitale Angebote und lokale Vor-Ort-Präsenz sollten sich ergänzen, nicht ausschließen. V.a. Ortskrankenkassen und große Ersatzkassen werden – sofern nicht bereits geschehen – ihre Präsenz in der Fläche überdenken (müssen). Dabei sollten neue Standortkonzepte nicht auf der Grundlage eines vordefinierten Schlüssels entwickelt werden. Entscheidend für jedes Einzugsgebiet ist die genaue Analyse der Versichertenstruktur samt deren künftiger Entwicklung sowie die digitalen Gewohnheiten und Servicebedürfnisse der Kunden, die dort leben. Wenn Entscheidungen über die Ausrichtung des künftigen Betriebs- und Vertriebsmodells einer GKV gefällt werden, sind dies viel stärker als in den vergangenen Jahren wichtige strategische Fragen.



Die GKVen stehen aus unterschiedlichsten Gründen unter Handlungsdruck: Die Politik erwartet sinkende Verwaltungsausgaben zu Gunsten verbesserter Leistungen an die Versicherten. Die Kunden erwarten niedrigere – oder zumindest nicht steigende – Beiträge. Der variable Zusatzbeitrag erhöht den Konkurrenzdruck der GKVen untereinander. Die privaten Krankenversicherungen verstärken ihren Marketingdruck auf die junge, gesunde Zielgruppe. Das Image der GKVen als zukunftsfähiger Arbeitgeber in Zeiten der Digitalisierung ist verbesserungsfähig.

Doch den GKVen stehen gerade dank der Digitalisierung und Automatisierung unterschiedliche Hebel zur Verfügung, um ihre Kosten zu senken und effizienter auch zu Gunsten ihrer Mitarbeiter und Kunden zu arbeiten. Nur wer diese Möglichkeiten nutzt, kann sich von alten und neuen Mitbewerbern absetzen und gewinnt Handlungsfreiheit. Die ist dringend nötig: Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich in den vergangenen zehn Jahren von rund 200 auf weniger als 110 fast halbiert.¹

¹ Statistisches Bundesamt

Aktuelle Entwicklungen im GKV-Markt



B

Nach den Praxisperspektiven werfen wir auf den folgenden Seiten anhand detaillierter Marktanalysen und Umfrageergebnisse einen Blick auf die wichtigsten aktuellen Entwicklungen im GKV-Markt. Drei Kernbereiche stehen dabei im Mittelpunkt:

- *Wettbewerbstrends.* Wie hat sich die Anzahl der Kassen in den vergangenen Jahren entwickelt? Wie verändern sich die Marktanteile nach Kassenarten? Wie entwickeln sich Versicherten- und Mitgliederzahlen?
- *Entwicklung der Kassenergebnisse.* Welche Entwicklung lässt sich bei KJ1-Ergebnissen beobachten? Wie unterscheiden sich die Entwicklungen bei (morbidityadjustierten) Leistungsausgaben nach Kassenarten und Leistungsbereichen?
- *Kundenzufriedenheit: aktuelle Trends und Fokusthemen.* Wie zufrieden sind Versicherte in der GKV? Wie beeinflusst die Lage bei

Zusatzbeiträgen, (digitalem) Leistungsangebot und Geschäftsstellen die Kundenzufriedenheit?

Die Ergebnisse der Marktanalysen und Umfragen werden auf Ebene der Kassenarten dargestellt, d.h. für vdek, AOK, BKK und IKK. Ergebnisse für die Knappschaft, die in erster Linie eine Einzelkasse ist, werden daher nicht separat ausgewiesen. Einzelne Krankenkassen werden nur in ausgewählten spezifischen Kontexten beleuchtet – etwa bei Betrachtungen zu Krankenkassen-Apps und Geschäftsstellenstrategien.

Als Datenbasis dienen öffentlich verfügbare Informationen, z.B. die Versicherten- und Mitgliederstatistik KM6, Kassenergebnisse nach KJ1 oder Veröffentlichungen nach § 305b SGB V sowie die Ergebnisse einer speziellen Umfrage zum Thema Kundenzufriedenheit im GKV-Markt. Vorbereitende ausführliche Qualitätskontrollen sorgen für eine vollständige Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Kassenarten bzw. Kassen.

Das Wichtigste im Überblick

Wettbewerbs- und Wachstumstrends

Ein Blick auf die gesamte GKV-Landschaft zeigt, dass man sich nach einer Periode verstärkter Konsolidierungen derzeit in einer vergleichsweise stabilen Phase befindet. Es sind lediglich letzte Konsolidierungsaktivitäten und entsprechend anorganisches Wachstum der durchschnittlichen Versicherungszahlen je Kasse bei den BKKen zu verzeichnen. AOK und vdek bauen kontinuierlich ihre Position als annähernd paritätische Marktführer nach Versicherungszahlen aus. Gegenüber der PKV hält die GKV seit fast zehn Jahren einen Marktanteil von ~ 88%.

Entwicklung der Kassenergebnisse und der Zusatzbeiträge

Seit 2016 können zwar alle Kassenarten positive KJ1-Ergebnisse verzeichnen, allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede in den Leistungsausgaben als einem Kerntreiber des KJ1-Ergebnisses. Lediglich die AOK weist Gesamtleistungsausgaben auf, die mit 1,3%-Abstand bzw. 40 EUR je Versicherten klar unter den gemäß ihrer Morbidität zu erwartenden Ausgaben liegen. Sie kommt entsprechend mit einem deutlich unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag von rund 0,95% im Vergleich zum GKV-Durchschnitt von rund 1,08% aus. Alle anderen Kassenarten geben mehr für Leistungen aus, als es morbiditätsadjustiert zu erwarten wäre, und sind gleichzeitig auf einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag angewiesen.

Altersstruktur und Leistungsausgabenniveau

Die Altersstruktur spiegelt sich – nicht weiter überraschend – in der absoluten Höhe der Leistungsausgaben je Versicherten wider. Die AOK, deren Leistungsausgaben im Jahr 2017 rund 5% über dem GKV-Schnitt liegen, zeigt einen überdurchschnittlichen Anteil an über 80-jährigen Versicherten, während BKK und IKK sowohl bei den über 70-Jährigen als auch mit ihren Leistungsausgaben unterdurchschnittlich vertreten sind. Zu guter Letzt decken sich beim vdek Altersstruktur und absolutes Leistungsausgabenniveau nahezu mit dem GKV-Schnitt.

Entwicklung der Kundenzufriedenheit

Doch wie verhält es sich über die reinen Finanzzahlen hinaus mit der Kundenzufriedenheit? Im Gesamtbild wird sehr schnell deutlich, dass Kundenzufriedenheit nicht auf einen Faktor allein, z.B. den Preis, zurückzuführen ist. Schließlich erreichen nur zwei von acht im PULSE Survey zur Kundenzufriedenheit betrachteten AOKen ein überdurchschnittliches Ergebnis, was bei der guten finanziellen Lage im ersten Moment überrascht. Neben dem Preis sollten ganzheitlich noch zwei weitere Einflussfaktoren von Kundenzufriedenheit berücksichtigt werden: das Leistungs- und Serviceangebot sowie die Markenwahrnehmung.

Ersteres wird in dieser Ausgabe von *Der GKV-Check-up* mit der Analyse der App-Landschaft in der GKV und der Geschäftsstellenstrategien in den Fokus gerückt. Die Auswertungen der (Krankenkassen-)Apps verdeutlichen auch den Tenor aus den Praxisperspektiven in Kapitel A: Investitionen in den digitalen Wandel und im Speziellen zunächst in das Angebot digitaler Services für Kunden lohnen sich.

Digitale Serviceangebote für Kunden

Die IKK classic ist hier als Vorreiter zu nennen, da sie bereits 2011 vor der großen Welle ab 2015 als erste Kasse mit zurzeit mehr als 1 Mio. Versicherten eine Service-App auf den Markt gebracht hat. Die Techniker und die BARMER aus dem vdek präsentieren sich als „fitteste“ Kassen beim digitalen Service: Sie reihen sich hinsichtlich App-Bewertungen und Nutzungsintensität vorne ein und erreichen auch bei der Kundenzufriedenheit die Plätze 1 und (geteilt) 2. Die AOK hingegen startet erst 2018 mit einer umfangreichen Service-App, bei der sich nach einer Anfangsphase, in der nach und nach alle Versicherten der einzelnen AOKen für die Nutzung der App freigeschaltet werden, die Marktakzeptanz noch zeigen muss. Zu den Treibern, die die Nutzungsintensität von Apps positiv beeinflussen, zählen u.a. besondere Marketingaktivitäten und -aktionen, ein differenzierendes Leistungs- und Serviceangebot sowie das kostenlose Angebot von Apps.

Geschäftsstellenstrategie

Während beim (Krankenkassen-)App-Angebot eine klare Richtung ersichtlich wird, erkennt man bei den jeweiligen Geschäftsstellenstrategien fundamentale Unterschiede. Mit Stand heute haben einige Kassenarten den Anspruch auf Flächendeckung, wie z.B. die AOK, während andere Kassen, wie z.B. die Techniker, sich mit einem sehr konzentrierten und minimalistischen Modell präsentieren. Im Vergleich zu anderen Industrien bewegt man sich damit prinzipiell zwischen der Filialstrategie eines Lebensmitteleinzelhändlers, der für jeden erreichbar sein muss und zu dem Kunden teilweise täglich gehen, und der Filialstrategie von Großbanken, die ihre Standorte im Zuge des digitalen Wandels bereits stark reduziert haben. Das Spannungsfeld zwischen bequemer Erreichbarkeit und Verlagerung weg von Geschäftsstellen hin zur Onlinefiliale ist entsprechend eine von zahlreichen Herausforderungen, vor der alle Kassen zukünftig stehen werden und eigene Antworten finden müssen.

~ 88%

ist der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV

~ 1,08%

beträgt der Zusatzbeitrag im GKV-Schnitt 2018



Wettbewerbstrends

B1

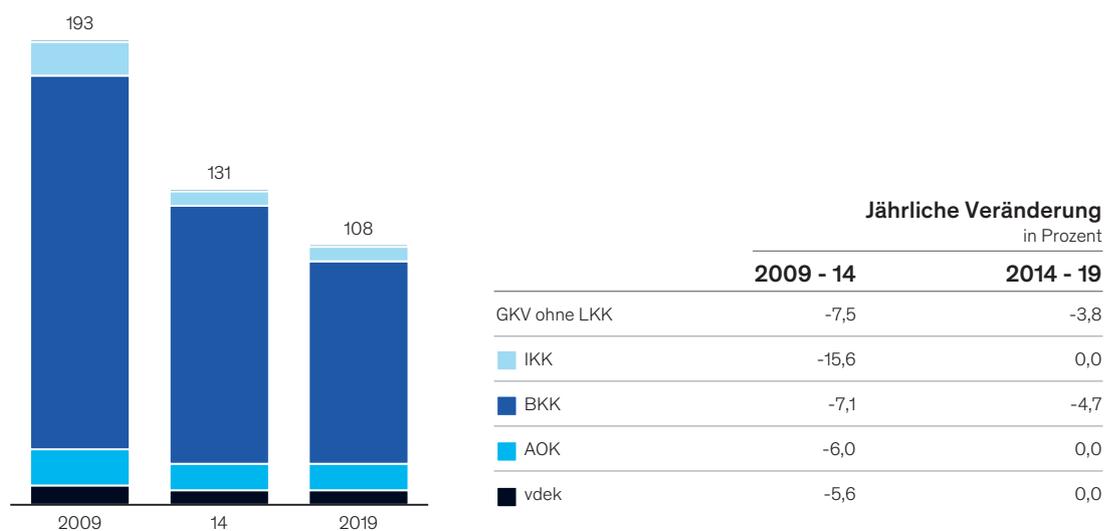
Die Entwicklung der GKV seit 2014 ist – neben den alle Kassen betreffenden demografischen Entwicklungen – im Wesentlichen durch drei Trends geprägt (Schaubilder 1 bis 9):

1. *Vergleichsweise hohe Stabilität bei der Anzahl der Kassen.* Nach einer längeren Phase mit zahlreichen Fusionen infolge der Gesundheitsreform im Jahr 2007 ist eine gewisse Stabilität eingetreten – die Anzahl der Kassen ist weitgehend konstant geblieben. Lediglich bei den BKKen kommt es noch vereinzelt zu Konsolidierungen, um die Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten.
2. *Versichertenzuwachs bei bundesweit agierenden Kassenarten.* Da der gemeinsame Marktanteil (nach Versicherten) von vdek und AOK mittlerweile auf fast 80% gestiegen ist, hat sich der Wettbewerbsdruck auf die übrigen Kassenarten spürbar erhöht. Während bei den BKKen die durchschnittliche Anzahl an Versicherten je Kasse infolge von Fusionen wächst, geht die Versichertenzahl bei IKKs kontinuierlich zurück. Einer der Hauptgründe für diesen Trend könnte die allgemeine Kassenöffnung sein, die den ehemals handwerks- und industriebezogenen Kassenarten kritische Wettbewerbsvorteile entzogen hat. Diese Kassen stützen sich nun auf ihre Stammversicherten, deren Durchschnittsalter kontinuierlich steigt.
3. *Konstante Marktanteile zwischen GKV und PKV.* Während der Marktanteil der GKV gegenüber der PKV seit fast 10 Jahren bei ~ 88% liegt, steigt der Anteil an Zusatzversicherungen kontinuierlich. Nach zweistelligem jährlichen Wachstum Anfang der 2000er Jahre sind seit 2012 rund 2%ige Steigerungen pro Jahr zu verzeichnen. Dies verdeutlicht das gesteigerte Bedürfnis nach Gesundheitsabsicherung in der Bevölkerung.

Schaubild 1

Während sich die Anzahl der BKKen auch nach 2014 weiter verringert hat, ist die Anzahl aller anderen Kassen seither stabil geblieben

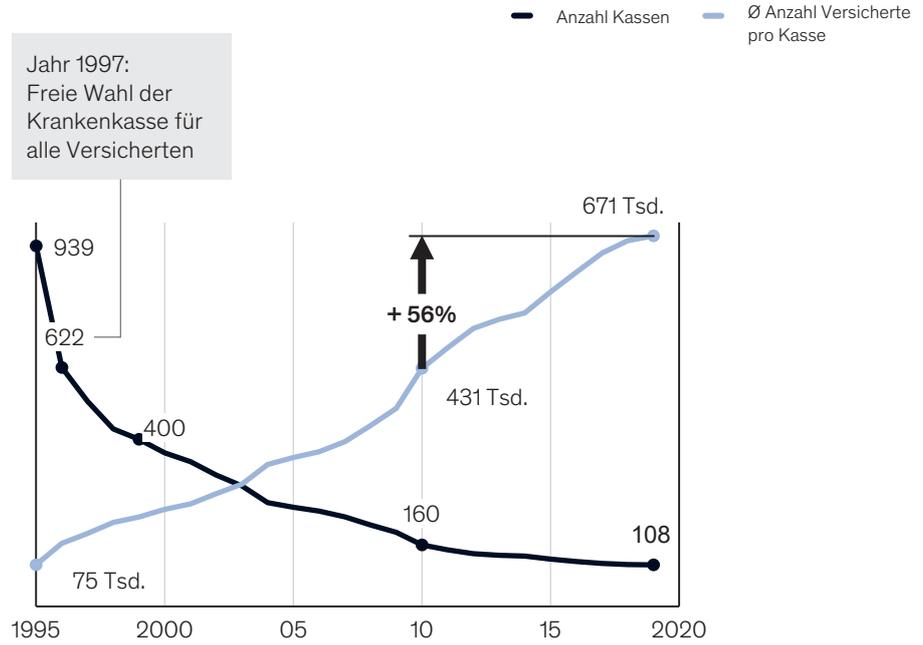
Anzahl Kassen¹ jeweils zum 1.1. eines Jahres



¹ Ohne LKK

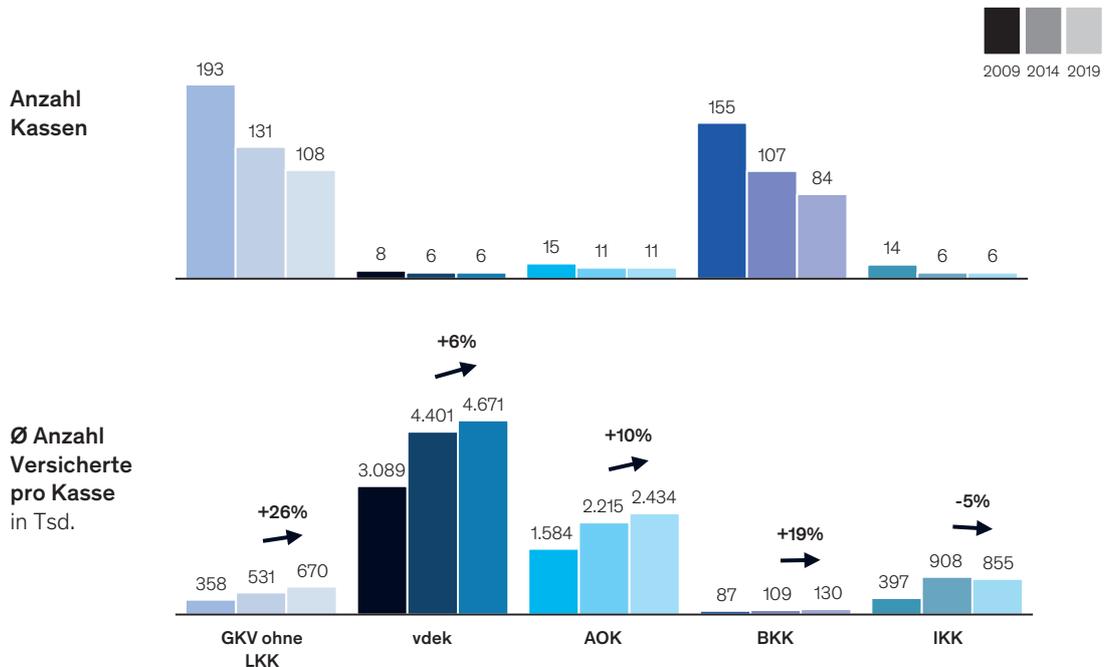
Quelle: Anzahl Kassen jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE-Bund

Infolge vergangener Konsolidierungsaktivitäten ist die durchschnittliche Versichertenzahl je Kasse seit 2010 nochmals um mehr als 50% gestiegen



Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE, Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG bzw. KM1 BMG

Mit mehr als 10% im Schnitt sind AOK und BKK seit 2014 am stärksten gewachsen – die BKK bedingt durch Fusionen

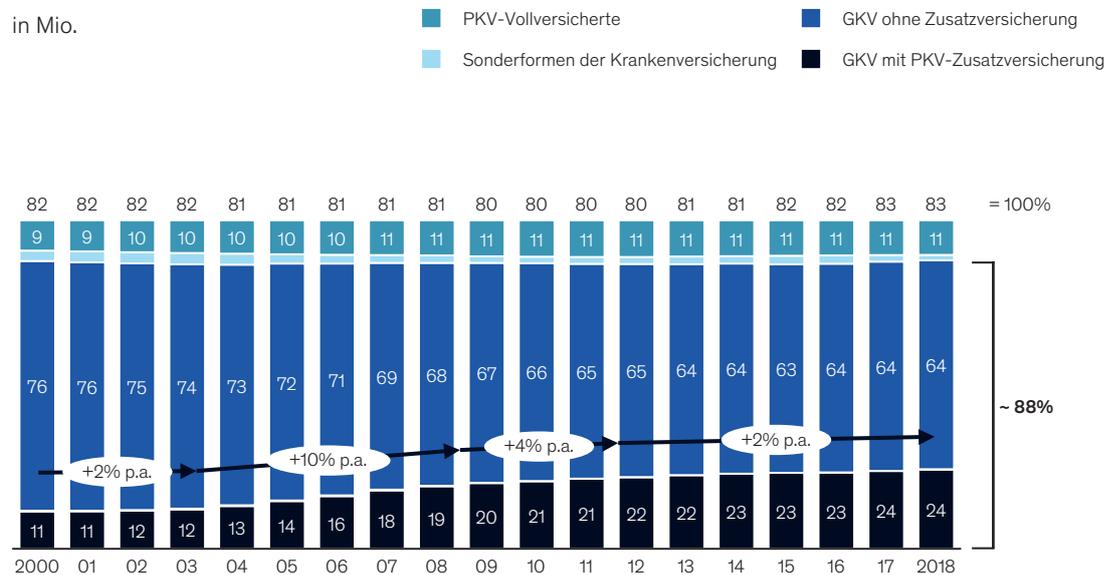


Quelle: Anzahl Kassen ohne LKK jeweils zum 1.1. des Jahres gemäß GBE, Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 bzw. KM1 BMG

Der GKV-Marktanteil liegt seit fast 10 Jahren bei rund 88%, während die Zahl der privaten Zusatzversicherungen kontinuierlich steigt

Anzahl Versicherte

in Mio.

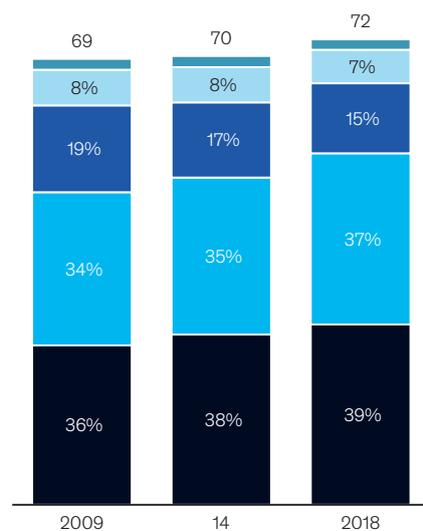


Quelle: PKV-Zahlenbericht 2016, PKV-Verband; Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG; OECD-Statistik

Zuwächse bei den Versichertenzahlen verzeichnen seit 2014 lediglich AOKen und vdek – mit im Schnitt 2,2% bzw. 1,4% pro Jahr

Anzahl Versicherte

in Mio.



	Jährliche Veränderung in Prozent	
	2009 - 14	2014 - 18
GKV ohne LKK	0,1	0,9
IKK	-0,4	-1,2
BKK	-2,8	-1,7 ¹
AOK	0,5	2,2
vdek	1,3	1,4 ¹

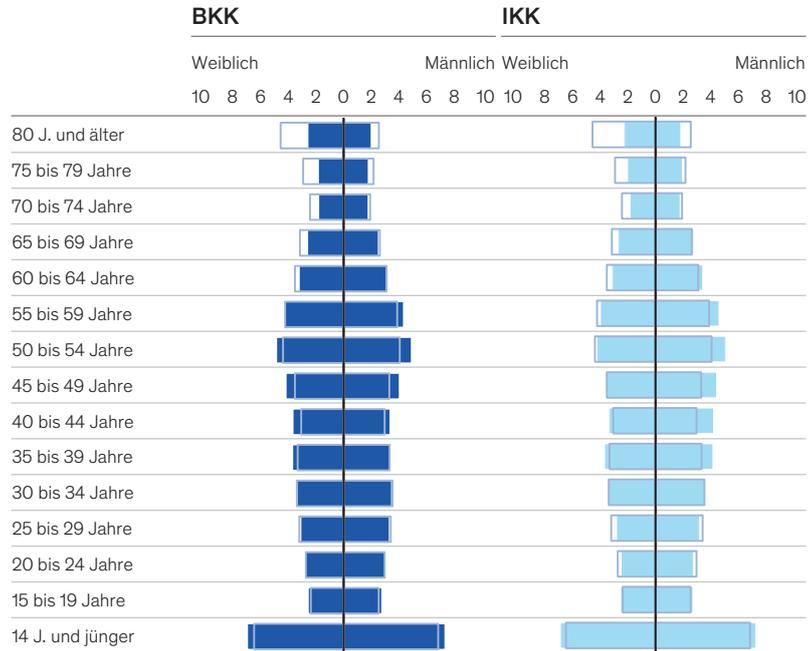
¹ Eingliederung von Deutsche BKK in BARMER zum 1.1.2017

Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Übersicht zur Altersstruktur der einzelnen Kassenarten im Vergleich zur GKV 2018 (2/2)

Versicherte 2018
in Prozent

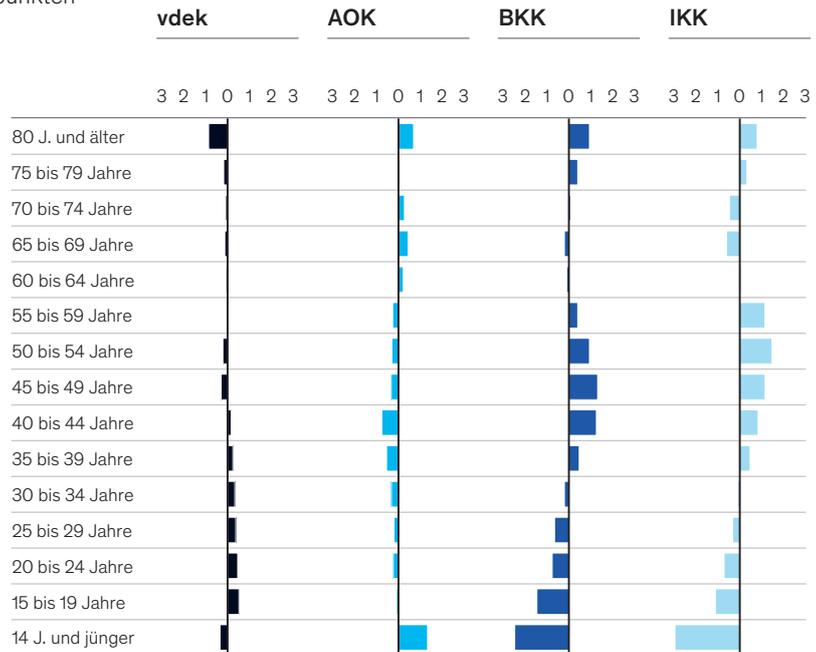
— GKV ohne LKK



Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG

Übergreifend weisen BKK und IKK die größte Abweichung in beide Richtungen zur GKV ohne LKK auf

Abweichung ggü. GKV ohne LKK
in Prozentpunkten



Quelle: Anzahl Versicherte zum Stichtag 1.7. des Jahres nach KM6 BMG



Entwicklung der Kassenergebnisse

B2

Auf den ersten Blick fallen die Kassenergebnisse im Jahr 2017 – anders als in den Vorjahren – auf Grund ihres übergreifend deutlich positiven KJ1-Ergebnisses erfreulich positiv aus (siehe Schaubild 1). Ausschlaggebend hierfür ist v.a. der Rückgang der Fondsunterdeckung im Vergleich zu 2016 (siehe Schaubild 2). Da das KJ1-Ergebnis allerdings verschiedene Einflussgrößen wie Fondsunterdeckung, Zusatzbeitrag, sonstige Einnahmen (u.a. Zinsen, Regressansprüche, Erstattungen) und sonstige Ausgaben (u.a. Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder) zu einer einzigen Kennzahl aggregiert, kann diese nur ein erster Indikator für die wirtschaftliche „Gesundheit“ einer Kasse sein.

Zusätzlich zum KJ1-Ergebnis sollten daher insbesondere die Leistungsausgaben mit gestalterischen Freiheitsgraden für Krankenkassen¹ als wesentliche Steuerungsgröße auf der Ausgabenseite im Fokus stehen. Mit Ausnahme der AOK, mit Ausgaben niedriger als die erwarteten, übertreffen die Gesamtleistungsausgaben bei allen Kassenarten um mehr als 1% die gemäß ihrer jeweiligen Morbidität zu erwartenden Ausgaben (siehe Schaubild 11).

Vor diesem Hintergrund beleuchten wir im Folgenden insbesondere die Leistungsausgaben innerhalb der GKV umfassend – und erläutern in einem Exkurs die Relevanz und Funktion des Morbiditätsindex bei einfachen Hochrechnungsmethoden.

KJ1-Ergebnisse

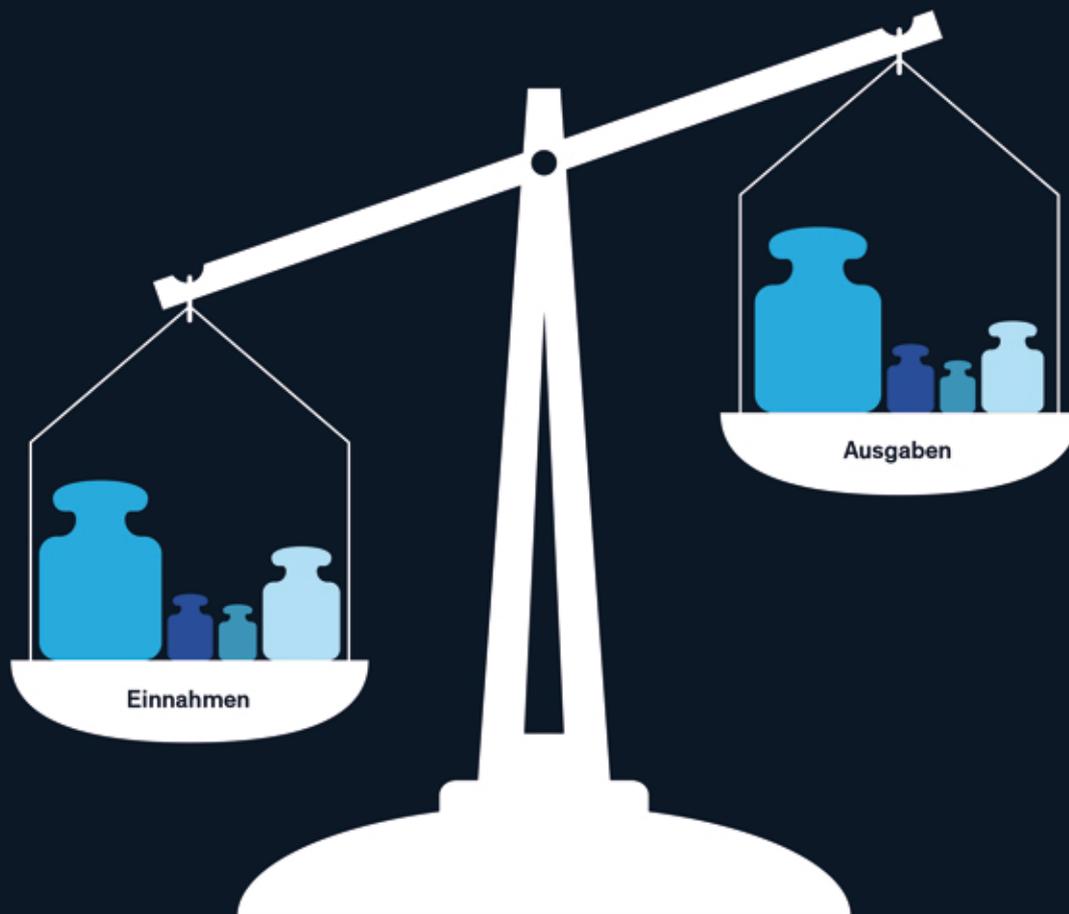
Für die Jahre 2016 und 2017 verzeichnen sämtliche Kassenarten ein positives KJ1-Ergebnis (Schaubild 1), das 2017 – v.a. auf Grund einer im Vergleich zum Vorjahr verringerten Fondsunterdeckung (Schaubild 2) – auf GKV-Ebene bei rund 49 EUR

je Versicherten liegt. Infolgedessen konnten auch die Zusatzbeiträge 2017 weitgehend stabil gehalten und 2018 sogar wieder verringert werden (siehe Kapitel B3, Schaubild 3, S. 59).

¹ Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Heilmittel, Häusliche Krankenpflege und Fahrkosten

Haupttreiber des KJ1-Ergebnisses sind Leistungsausgaben und Zuweisungen für Leistungsausgaben

Das KJ1-Ergebnis



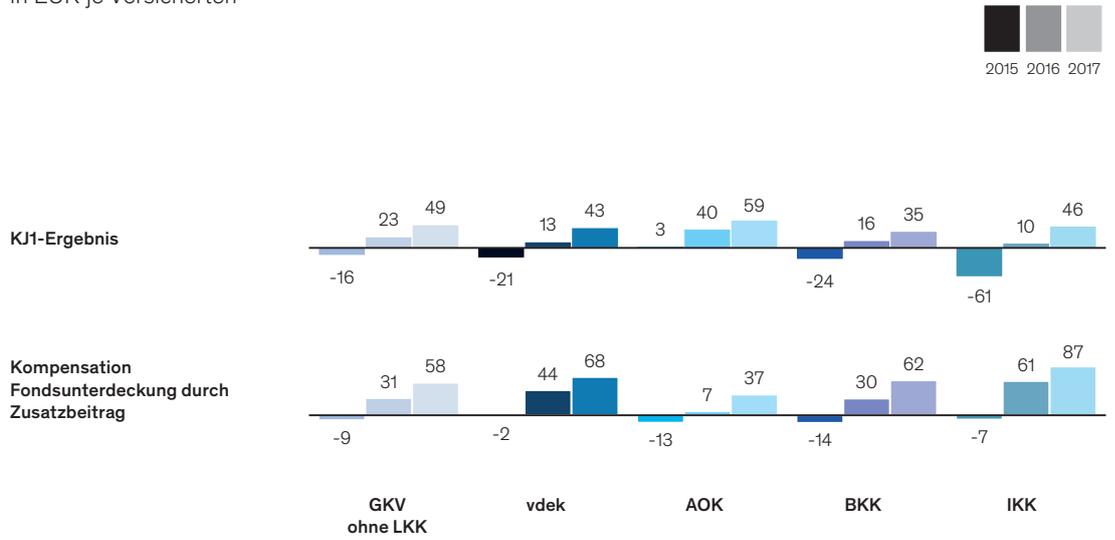
- Zuweisungen für Leistungsausgaben*
- Zuweisungen für Verwaltungskosten
- Sonstige Einnahmen
- Einnahmen aus Zusatzbeitrag

- Leistungsausgaben
- Verwaltungskosten
- Sonstige Ausgaben
- Mitgliederbezogene Veränderung (MbV)

* Die Zuweisungen für Leistungsausgaben berücksichtigen die Morbidität der Versicherten gemäß den Regelungen des Risikostrukturausgleichs. Mit dem Morbiditätsindex wird das Verhältnis der Morbidität einer Kasse zur GKV beschrieben. Ein Morbiditätsindex von 1,3 bedeutet beispielsweise, dass die Kasse 30% mehr Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben pro Versicherten erhält als der GKV-Durchschnitt.

Eine verringerte Fondsunterdeckung ermöglichte allen Kassenverbänden 2017 ein deutlich positives KJ1-Ergebnis

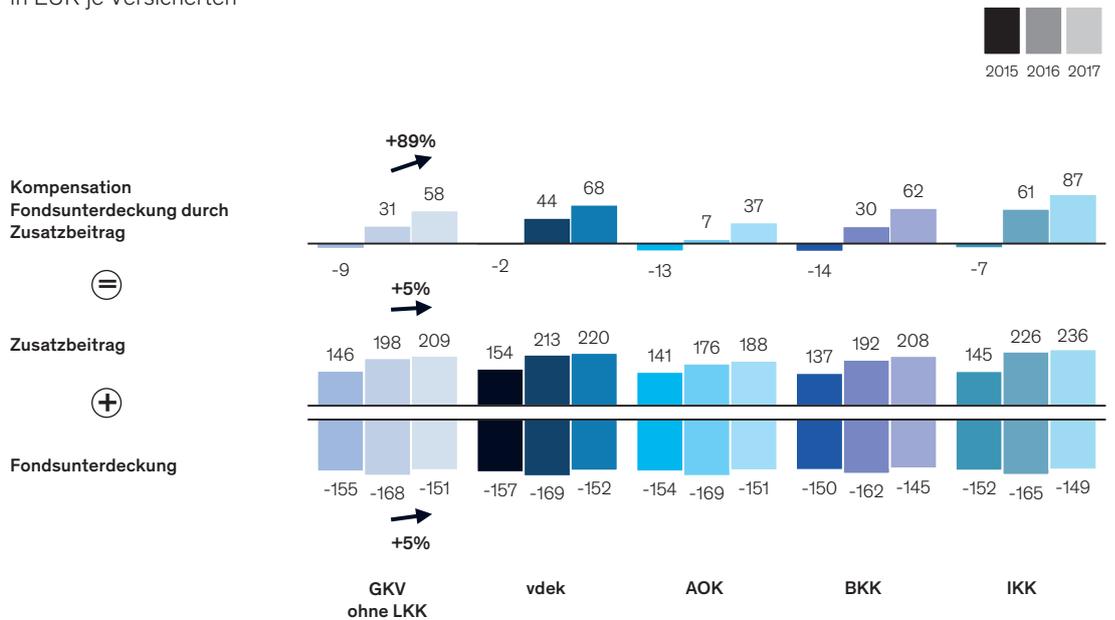
in EUR je Versicherten



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Während von 2016 auf 2017 die Zusatzbeitragseinnahmen der GKV nur moderat stiegen, verringerte sich die Fondsunterdeckung mit 10% deutlich

in EUR je Versicherten



Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Leistungsausgaben

Bei den Leistungsausgaben ist eine kontinuierliche Ausgabensteigerung über alle Leistungsausgabenbereiche zu verzeichnen – selbst 2016 und 2017, den beiden Jahren mit positiven KJ1-Ergebnissen (Schaubilder 3 bis 7). Daher bleibt das Management von Leistungsausgaben hochrelevant, auch wenn das Niveau der jährlichen Ausgabensteigerung zwischen 2015 und 2017 bereits niedriger ausfällt als noch in den Jahren 2013 bis 2015 (Schaubild 4).

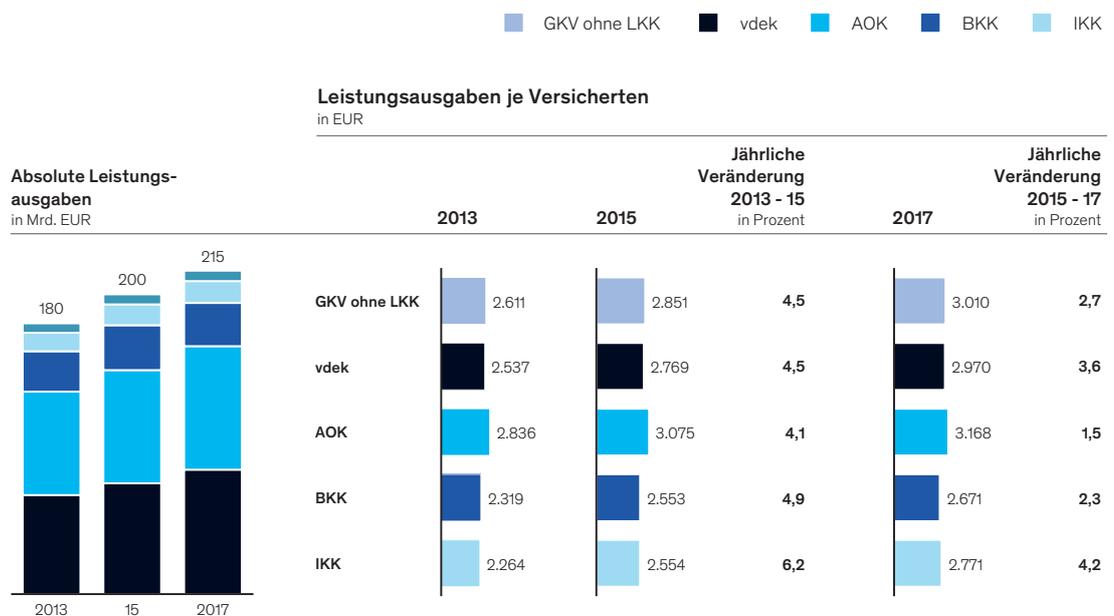
Für einen aussagekräftigen Vergleich der Leistungsausgaben sowohl zwischen einzelnen Kassenarten als auch zwischen einer einzelnen Kassenart und dem GKV-Schnitt sollte die Versichertenstruktur der einzelnen Kassenarten im Ver-

hältnis zur Versichertenstruktur im GKV-Schnitt berücksichtigt werden. Dazu empfiehlt es sich, u.a. auf den so genannten Morbiditätsindex zurückzugreifen, der Hinweise darauf gibt, wie krank die Versicherten einer Kassenart im Vergleich zu den Versicherten im GKV-Schnitt sind. Ganz konkret zeigt der Morbiditätsindex an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherten einer Versichertenpopulation zu einem Versicherten im GKV-Schnitt stehen. Weitere Aspekte des Zusammenhangs zwischen Leistungsausgaben und Morbiditätsindex werden auf den Schaubildern 8 bis 10 erläutert.

Schaubild 3

Leistungsausgaben

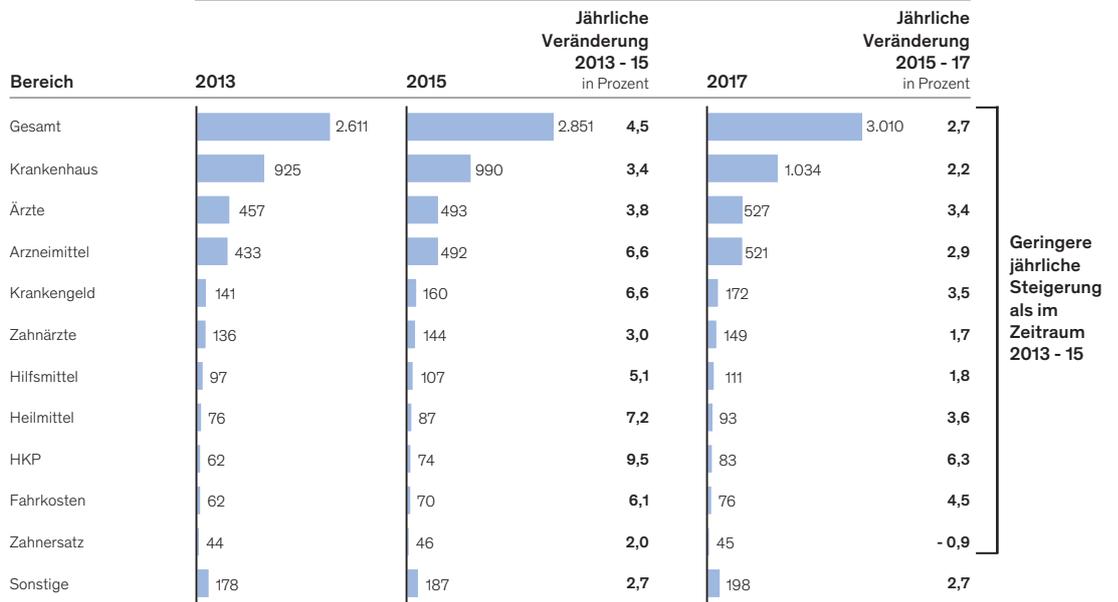
Bei den seit 2013 gestiegenen Leistungsausgaben hat sich die Spanne der jährlichen Veränderung der einzelnen Kassenarten zuletzt vergrößert



Quelle: Veröffentlichung der Kassen nach § 305b SGB V

Gegenüber 2013 - 15 ist die jährliche Ausgabensteigerung je Versicherten zwischen 2015 - 17 überall rückläufig

Leistungsausgaben je Versicherten für GKV ohne LKK
in EUR je Versicherten

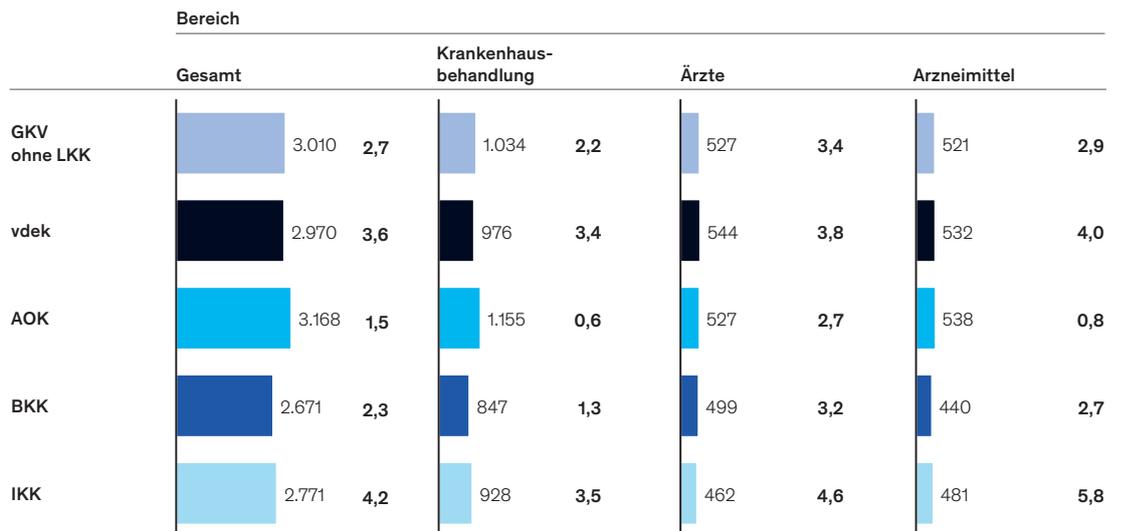


Quelle: Veröffentlichung der Kassen nach § 305b SGB V

Übersicht zur Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten nach Kassenart (1/3)

xx Jährliche Veränderung 2015 - 17, in Prozent

Leistungsausgaben je Versicherten 2017
in EUR

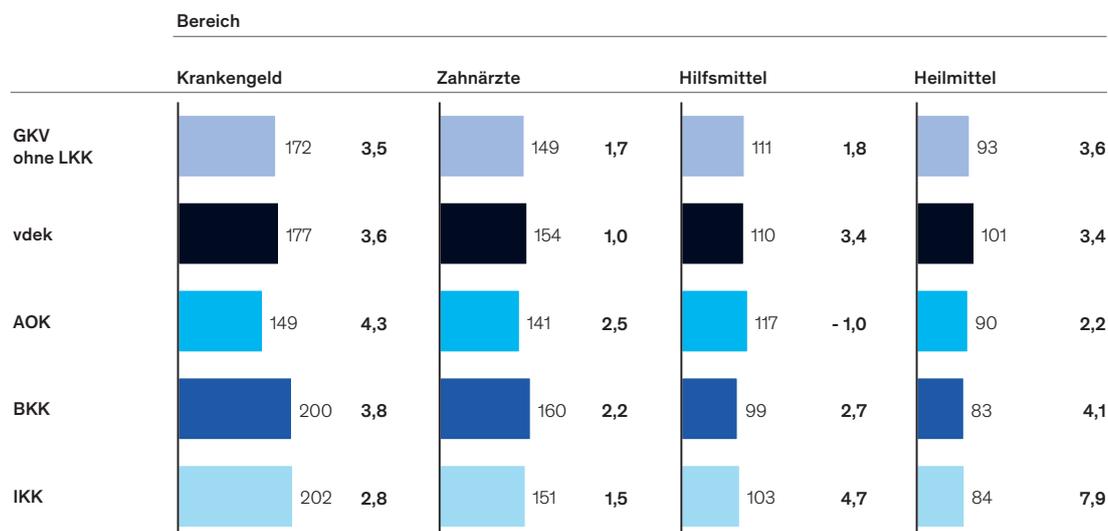


Quelle: Veröffentlichung der Krankenkassen nach § 305b SGB V, mit Abweichungen ggü. GBE

Übersicht zur Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten nach Kassenart (2/3)

xx Jährliche Veränderung 2015 - 17, in Prozent

Leistungsausgaben je Versicherten 2017
in EUR

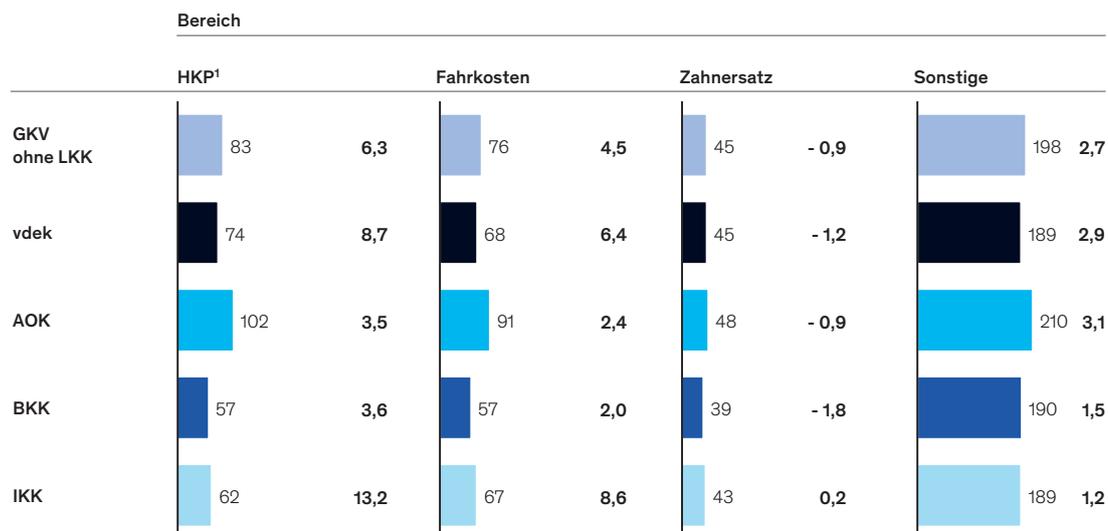


Quelle: Veröffentlichung der Krankenkassen nach § 305b SGB V, mit Abweichungen ggü. GBE

Übersicht zur Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten nach Kassenart (3/3)

xx Jährliche Veränderung 2015 - 17, in Prozent

Leistungsausgaben je Versicherten 2017
in EUR

¹ HKP = Häusliche Krankenpflege

Quelle: Veröffentlichung der Krankenkassen nach § 305b SGB V, mit Abweichungen ggü. GBE

Während Leistungsausgaben und Morbidität in der Gesamtsicht korrelieren ...

Da die Leistungsausgaben sehr stark – bei den Gesamtleistungsausgaben sogar zu 99% (Schaubild 8) – mit der Morbidität korrelieren, lässt sich vom Morbiditätsindex einer Kasse ein konkreter Erwartungswert für deren Leistungsausgaben ableiten.

... ist auf Leistungsbereichsebene eine differenziertere Betrachtung nötig

Zwar gibt es in den meisten Leistungsbereichen eine starke positive Korrelation zwischen Ausgaben und Morbidität, allerdings verhält es sich in einigen kleineren Bereichen, wie z.B. Schwangerschaft und Mutterschutz ohne stationäre Entbindung sowie zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz, genau umgekehrt (Schaubild 9).

Eine nähere Betrachtung der Korrelation zwischen Morbiditätsindex und Leistungsausgaben für einzelne Leistungsbereiche zeigt, dass die bisher genutzten einfachen Richtwertmethoden unpräzise sind. Denn während diese Richtwertmethoden

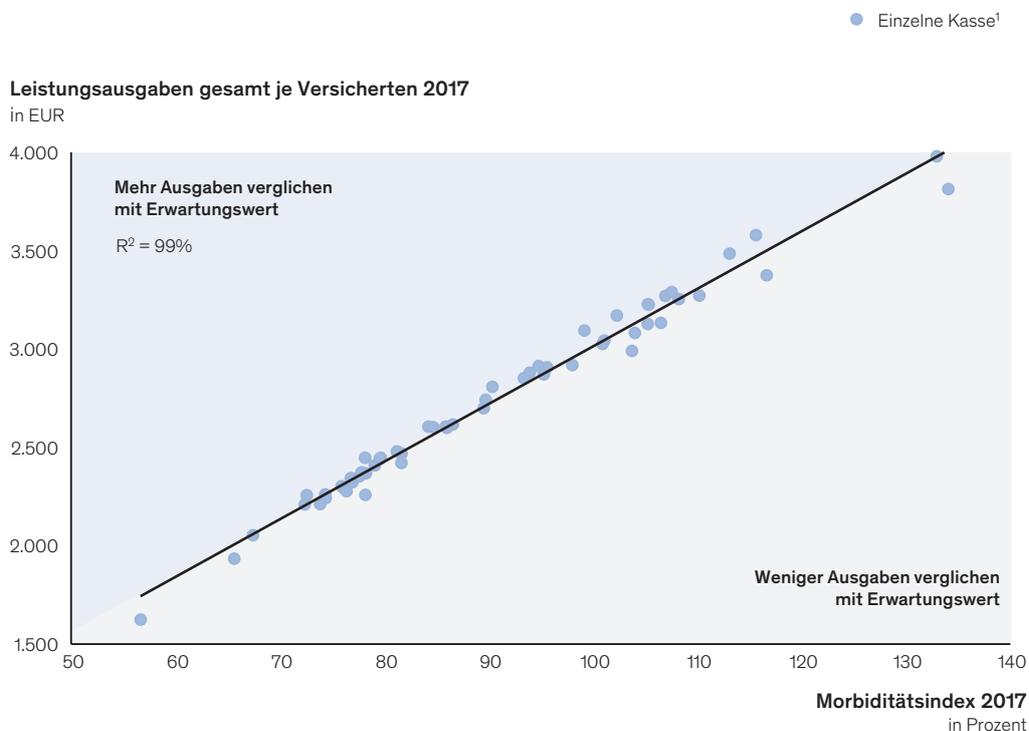
davon ausgehen, dass das Verhältnis der Steigerungsraten von Leistungsausgaben und Morbidität exakt gleich ist, muss ein Anstieg des Morbiditätsindex um 10% innerhalb eines Leistungsbereichs tatsächlich nicht zwangsläufig zu 10% höheren bzw. niedrigeren Leistungsausgaben in diesem Bereich führen (Schaubild 10). Ein Grund dafür ist, dass ältere Versicherte – die im Allgemeinen eine höhere Morbidität aufweisen – je nach Leistungsbereich über- bzw. unterproportionale Leistungsausgaben verursachen.

Wie das Beispiel der Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung auf den Schaubildern 9 und 10 zeigt, verursachen ältere Versicherte höhere Leistungsausgaben als jüngere Versicherte. Verantwortlich dafür sind z.B. höhere Komplikationsraten, schwerere Grunderkrankungen, die aufwendiger behandelt werden müssen, und durchschnittlich längere Verweildauern bei stationären Aufenthalten. Der Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz (Schaubild 9) ist jedoch ein gegenteiliges Beispiel: Ältere Versicherte verursachen trotz per se höherer Morbidität geringere Leistungsausgaben als jüngere Versicherte, da Zahnbehandlungen ohne Berücksichtigung von Zahnersatz häufiger bei jüngeren Versicherten erforderlich werden als bei älteren.

Schaubild 8

Die Gesamtleistungsausgaben korrelieren zu 99% mit dem Morbiditätsindex

Leistungsausgaben



1 Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2017

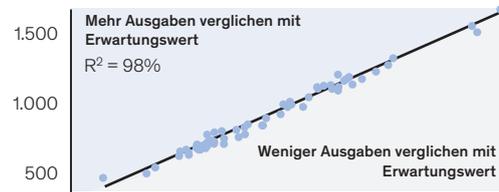
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

In fast allen Leistungsbereichen besteht eine starke Korrelation zwischen Leistungsausgaben und Morbidität

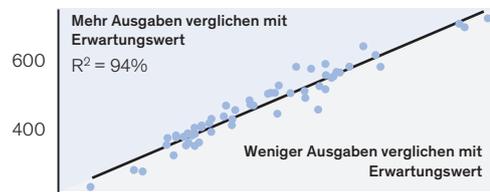
● Einzelne Kasse¹

Anzahl Kassen¹ jeweils zum 1.1. eines Jahres

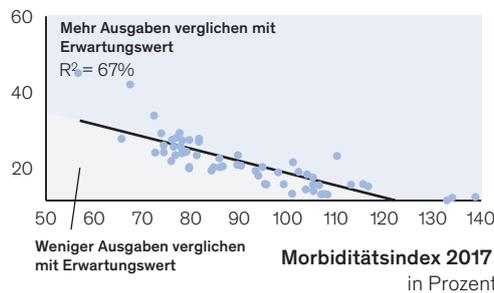
Krankenhausbehandlung



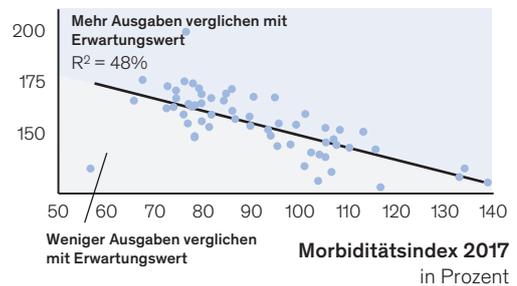
Arzneimittel



Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung



Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2017

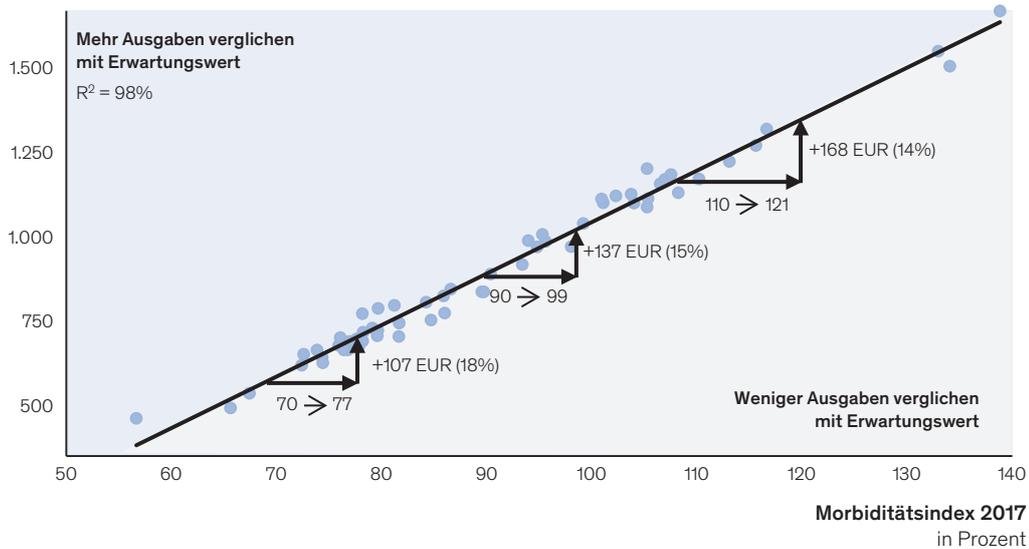
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Ein Anstieg der Morbidität um 10% bewirkt nicht zwangsläufig um 10% höhere Ausgaben, entgegen der Annahme bisheriger Richtwertmethoden

→ + 10% Morbidität ↑ Veränderung der erwarteten Leistungsausgaben ● Einzelne Kasse¹

Ausgaben je Versicherten 2017 in EUR

Krankenhausbehandlung



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2017

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Gemäß Morbiditätsindex zu erwartende Leistungsausgaben

Mit einer Abweichung um 1,3% bzw. 40 EUR je Versicherten weist die AOK als einzige Kassenart Gesamtleistungsausgaben auf, die deutlich niedriger sind als die gemäß ihrer Morbidität zu erwartenden Ausgaben (Schaubilder 11, 12 und 14). Bezogen auf die wesentlichen steuerbaren Leistungsbereiche schneidet die AOK besonders gut in den Bereichen Arzneimittel, Hilfsmittel und Heilmittel ab.

Bei allen anderen Kassenarten hingegen fallen die Leistungsausgaben um 1% höher aus als gemäß ihrer jeweiligen Morbidität zu erwarten wäre (Schaubilder 11, 12 und 14). Hierbei sticht der vdek auf Grund besonders großer Unterschiede zwischen einzelnen steuerbaren Leistungsbereichen hervor. Während die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen, Fahrkosten und Häusliche Krankenpflege die zu erwartenden Ausgaben deutlich um 2,3%, 9,2% bzw. 5,6% übersteigen, liegen die Leistungsausgaben für Arzneimittel und Heilmittel um 6,6% bzw. sogar um 12,5% unter den gemäß der Morbidität des vdek zu erwartenden Ausgaben (Schaubilder 11, 15 und 16).

Während die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen, Fahrkosten und Häusliche Krankenpflege die zu erwartenden Ausgaben deutlich um 2,3%, 9,2% bzw. 5,6% übersteigen, liegen die Leistungsausgaben für Arzneimittel und Heilmittel um 6,6% bzw. sogar um 12,5% unter den gemäß der Morbidität des vdek zu erwartenden Ausgaben (Schaubilder 11, 15 und 16).

Schaubild 11

Die AOK ist die einzige Kassenart, bei der die Gesamtleistungsausgaben deutlich unter den gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben liegen

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben in Prozent

Ausgaben unter ...  ... bzw. über den gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben

	Leistungsbereich						
	Leistungsausgaben gesamt (nicht additiv)	Krankenhausbehandlung	Arzneimittel	Heilmittel	HKP	Hilfsmittel	Fahrkosten
vdek	-1,4	2,3	-6,6	-12,5	5,6	-0,7	9,2
AOK	1,3	-1,0	2,9	5,0	-2,2	5,0	-2,2
BKK	-1,1	0,2	-0,3	-2,4	-2,7	-4,3	3,7
IKK	-1,5	-3,6	-5,1	-1,1	0,3	-3,0	-5,3

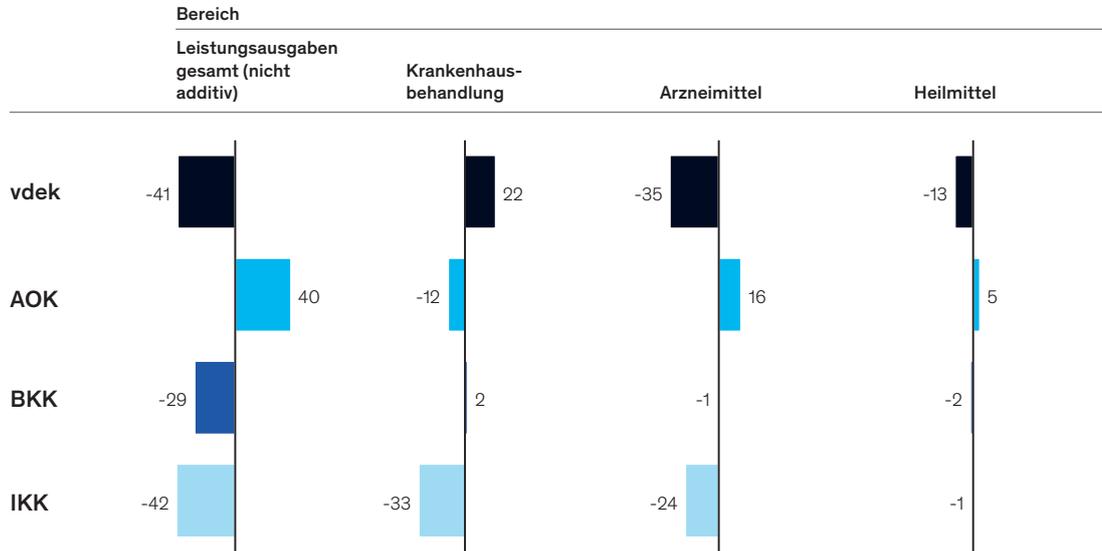
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

In den wesentlichen steuerbaren Bereichen ist die Abweichung ggü. den erwarteten Ausgaben zwischen den Kassenarten sehr unterschiedlich (1/2)

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherten in EUR



Mehr/weniger Ausgaben als gemäß der Morbidität zu erwarten



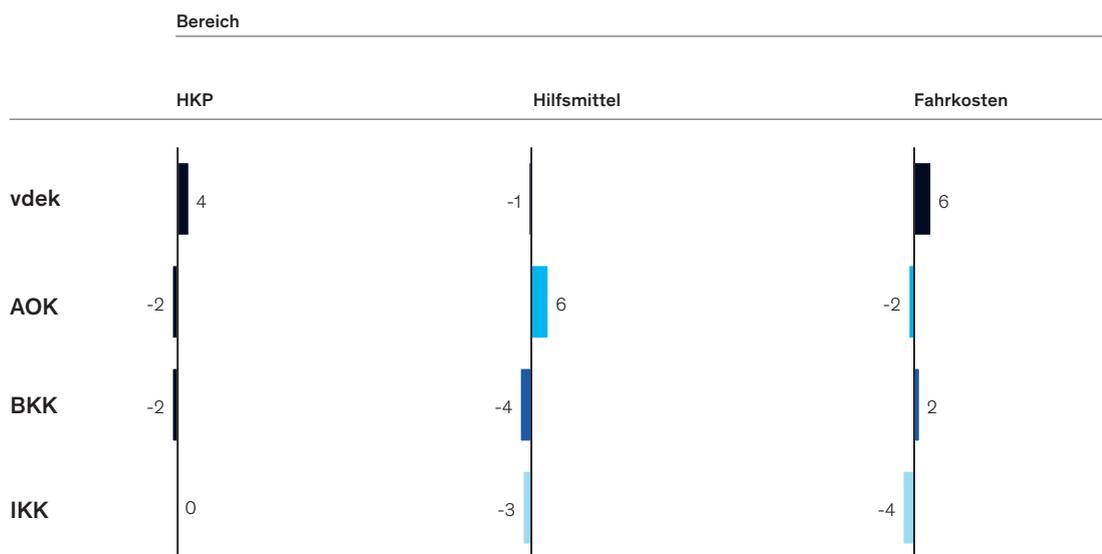
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

In den wesentlichen steuerbaren Bereichen ist die Abweichung ggü. den erwarteten Ausgaben zwischen den Kassenarten sehr unterschiedlich (2/2)

Abstand zu gemäß der Morbidität zu erwartenden Ausgaben je Versicherten in EUR

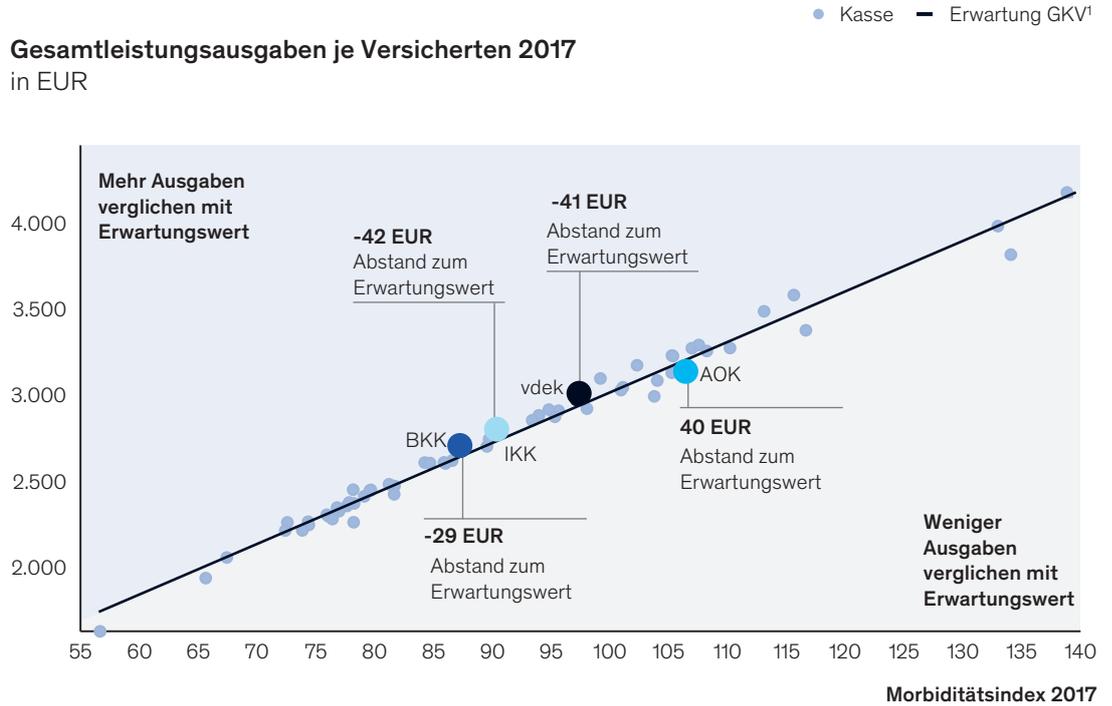


Mehr/weniger Ausgaben als gemäß der Morbidität zu erwarten



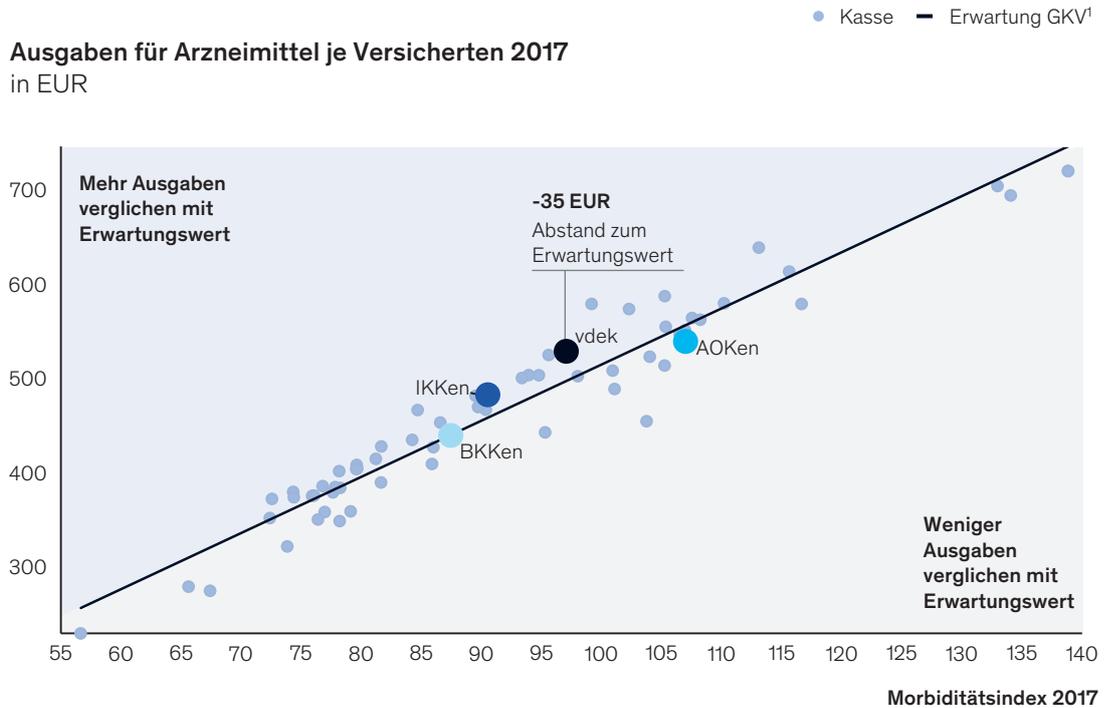
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Während die AOK-Ausgaben die erwarteten Ausgaben um 40 EUR je Versicherten unterschreiten, liegen IKK- und vdek-Ausgaben klar darüber



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2017
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Im Bereich Arzneimittel liegt der vdek mit 35 EUR je Versicherten am weitesten über den zu erwartenden Ausgaben

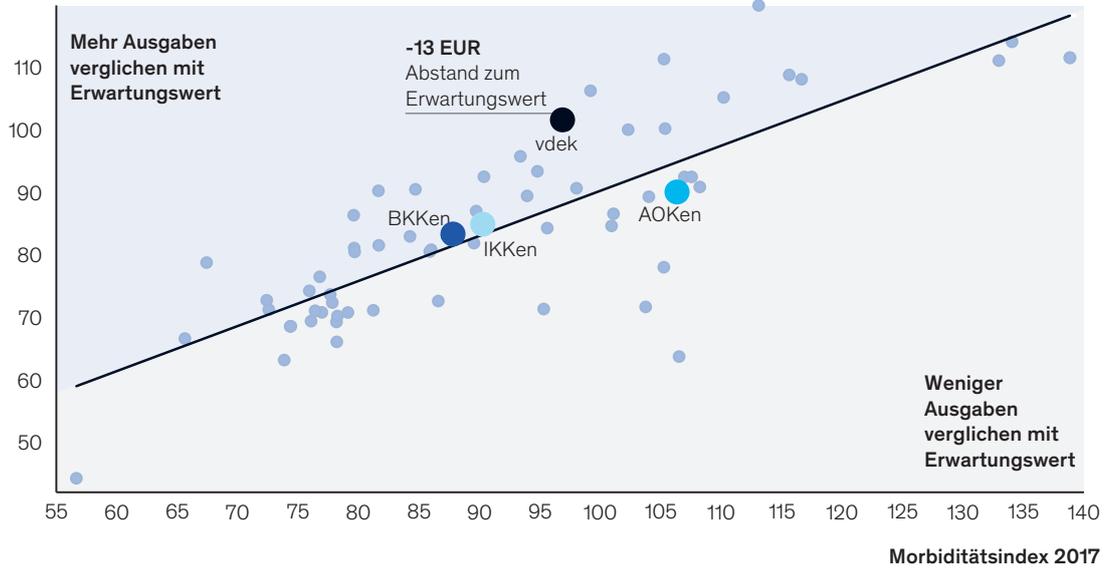


¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2017
Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V

Im Bereich Heilmittel verzeichnet der vdek mit -13 EUR je Versicherten die größte Abweichung von den zu erwartenden Ausgaben

Ausgaben für Heilmittel je Versicherten 2017
in EUR

● Kasse — Erwartung GKV¹



¹ Basierend auf allen Kassen mit mehr als 50.000 Versicherten im Jahr 2017

Quelle: Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse nach § 305b SGB V



Kundenzufriedenheit – aktuelle Trends und Fokusthemen

B3

Nachdem der GKV-Markt in den vergangenen Jahren von verstärkten Konsolidierungsaktivitäten geprägt war und bei den meisten Kassen daher Themen wie interne Prozessstandardisierung und -harmonisierung sowie verbessertes Kostenmanagement auf der Agenda ganz weit oben standen, ist nunmehr wieder eine gewisse Stabilität in den Markt eingetreten. Die vorgenannten Themen und – darauf aufsetzend – zunehmend auch die Digitalisierung und Automatisierung von Unternehmensprozessen bleiben zwar von höchster Relevanz, gleichzeitig rücken allerdings die konkreten Wünsche und Bedürfnisse der Kunden weiter in den Mittelpunkt des Interesses und Geschehens.

Insbesondere wird es als immer wichtiger angesehen, alle relevanten GKV-Prozesse und -Services in Form von Kundenreisen konsequent an den Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten auszurichten. Dies erfordert eine Ende-zu-Ende-Optimierung – und dazu spezielle Hebel von der Bereitstellung der grundlegenden Infrastruktur

für den Ausbau von (digitalen) Kontaktkanälen bis hin zum eigentlichen Angebot omnikanalfähiger Services. Der Erfolg dieser Optimierungsmaßnahmen lässt sich anhand von Veränderungen bei der Kundenzufriedenheit nur indikativ messen. Denn zur Messung der allgemeinen Kundenzufriedenheit gilt es nicht nur, die Kundenreisen bzw. das Leistungs- und Serviceangebot als Einflussfaktor zu berücksichtigen, sondern auch deren zwei weitere Einflussfaktoren „Markenwahrnehmung“ und „Preiszufriedenheit“ (Schaubild 1):

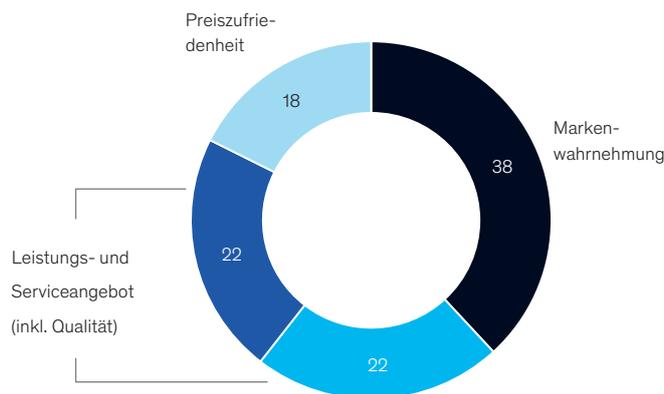
Leistungs- und Serviceangebot. Zusammengekommen sind das Leistungs- und Serviceangebot einer Krankenkasse mit einem Anteil von rund 44% der Hauptgrund für Kundenzufriedenheit. Hierunter fallen alle von Kundenreisen direkt und indirekt betroffenen Produkte und Kundenservices.

Markenwahrnehmung. Hinter den beiden zuvor genannten übergreifenden Einflussfaktoren ist die Markenwahrnehmung insgesamt gesehen der

Schaubild 1

Wichtigster Einflussfaktor der Kundenzufriedenheit bei Kassen sind deren Leistungen und Services, gefolgt von der Markenwahrnehmung

Allgemeine Kundenzufriedenheit¹
in Prozent



¹ Kassen mit einer Stichprobengröße von mindestens 50

Quelle: PULSE Survey 2018 (N=1.957)

zweitwichtigste Einflussfaktor. Je zufriedener Kunden mit ihrer Krankenkasse sind, desto stärker können sie sich mit dieser identifizieren und ihre Zufriedenheit mit der „Marke“ potenziellen Neukunden vermitteln. Hebel zur Verbesserung der Markenwahrnehmung sind u.a. zielgerichtete Marketing- und Vertriebsaktivitäten.

Preiszufriedenheit. Ein weiterer wichtiger Differenzierungsfaktor im Markt ist der Preis – im GKV-Markt eingeführt in Form des erhobenen Zusatzbeitrags zu den allgemeinen Beiträgen. Neben der Höhe des Zusatzbeitrags wirkt sich auch die Art und Weise, wie der festgelegte Zusatzbeitrag kommuniziert wird, auf die Kundenzufriedenheit aus. Mit einem Anteil an der allgemeinen Kundenzufriedenheit von 18% ist dies allerdings der schwächste der drei Treiber.

Vor diesem Hintergrund präsentieren wir im Folgenden zunächst eine Momentaufnahme zur aktuellen allgemeinen Kundenzufriedenheit in der GKV. Anschließend werden – an Stelle einer vollumfänglichen Betrachtung der Kundenzufriedenheit – aktuelle Fokusthemen zu zwei ihrer Einflussfaktoren detailliert erläutert. Konkret geht es dabei um die Entwicklung des Zusatzbeitrags als klar messbarer Differenzierungsfaktor sowie Status quo und Zukunftsperspektiven von zwei zentralen Kundenkontaktkanälen: Krankenkassen-Apps und die Geschäftsstellenstrategien der GKVen.

Sinn und Zweck der Betrachtungen ist es, den Kassen eine fundierte Informationsbasis und neue wichtige Impulse für die passgenaue Weiterentwicklung ihrer kundenorientierten Zukunftsvisionen und -strategien zu liefern.

Momentaufnahme zur allgemeinen Kundenzufriedenheit

2017 haben fast 2.000 GKV-Versicherte am bundesweit durchgeführten PULSE Survey von McKinsey teilgenommen und sich zu ihrer aktuellen Zufriedenheit mit ihrer Kasse geäußert. Schaubild 2 zeigt die Ergebnisse des PULSE Survey für die 13 Kassen, bei denen jeweils mindestens 50 Versicherte an der Umfrage teilgenommen haben. An dieser Stelle sei allerdings darauf hingewiesen, dass es sich beim PULSE Survey um eine Momentaufnahme auf Basis einer Versichertenstichprobe handelt.

Die Unterschiede bei der allgemeinen Kundenzufriedenheit bei den GKVen sind gering

Auf einer Skala von 0 bis 10 liegt der Durchschnittswert der berücksichtigten Kassen bei der allgemeinen Kundenzufriedenheit bei 8,0. Die ersten drei Plätze nehmen die Techniker mit einem Wert von 8,2 sowie die AOK Niedersachsen und die BARMER mit jeweils 8,1 ein. Anders sieht es bei

den übrigen AOKen aus: Von den acht auf Schaubild 2 aufgeführten AOKen zeichnen sich nur zwei durch eine überdurchschnittliche Kundenzufriedenheit aus, zwei weitere AOKen sind mit Werten von 7,4 und 7,5 sogar die Schlusslichter des Rankings. Auch beim vdek zeigen mit der Techniker und der BARMER nur zwei Einzelkassen überdurchschnittliche Ergebnisse; alle anderen Kassen liegen mit Werten von 7,7 und 7,8 knapp unter dem Durchschnitt.

Zwischen Net Promoter Score und allgemeiner Kundenzufriedenheit gibt es eine Korrelation

Neben der allgemeinen Kundenzufriedenheit weist Schaubild 2 auch den Net Promoter Score (NPS) aus. Dieser misst die Differenz zwischen dem Anteil der Kunden, die mit großer Wahrscheinlichkeit die eigene Kasse weiterempfehlen¹, und dem Anteil der Kunden, die wahrscheinlich kündigen².

¹ Kunden mit allgemeiner Kundenzufriedenheit von mindestens 9

² Kunden mit allgemeiner Kundenzufriedenheit geringer oder gleich 6

Während bei der allgemeinen Kundenzufriedenheit die Spanne der Werte für den ersten und den letzten Platz (von 7,4 bis 8,2) vergleichsweise gering ist, fällt die Spanne beim Net Promoter Score klar größer aus: -19% gegenüber 38%. Entsprechend gilt: Mit jeder noch so kleinen Verbesserung der allgemeinen Kundenzufriedenheit für eine Kasse lässt

sich die Wahrscheinlichkeit, dass ihre Versicherten sie weiterempfehlen, deutlich erhöhen – und damit die Wahrscheinlichkeit dieser Kasse, neue Kunden zu gewinnen. Dies macht deutlich, wie wichtig es ist, bei allen aktuellen Veränderungen und Entwicklungen im Markt die Zufriedenheit der Kunden in den Mittelpunkt zu rücken.

Schaubild 2

Während die Werte für die allgemeine Kundenzufriedenheit noch relativ nah beieinander liegen, reicht die Spanne beim NPS von +38% bis -19%



¹ Kassen mit einer Stichprobengröße von mindestens 50

² Nach Umfrageteilnehmern gewichteter Durchschnitt

Quelle: PULSE Survey 2018 (N=1.957)

Fokusthema „Höhe der Zusatzbeiträge“

Gemäß § 242 SGB V (1) ist die Erhebung eines Zusatzbeitrags in erster Linie ein Instrument, das Finanzdefiziten entgegenwirken soll.

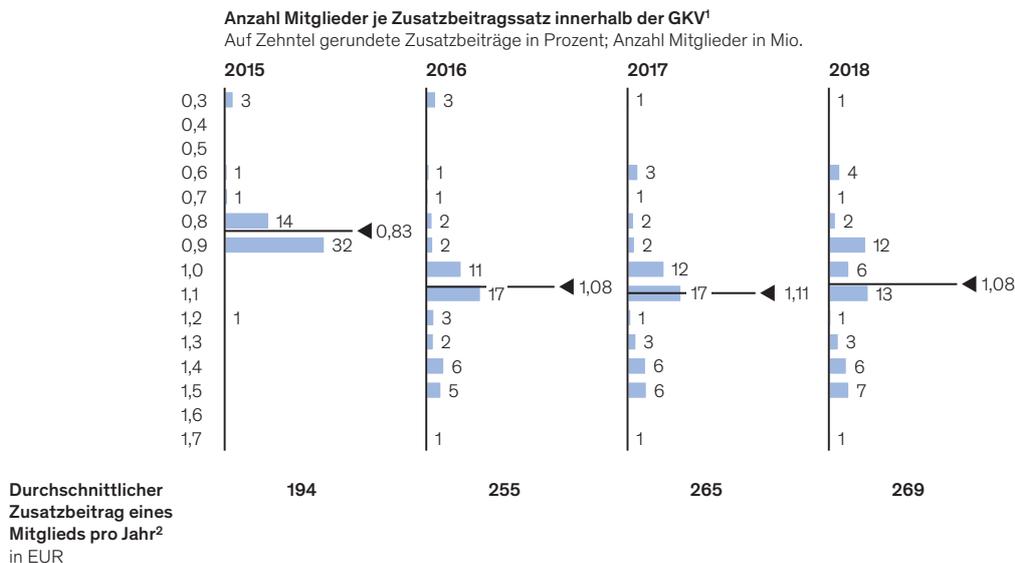
Sobald eine Kasse feststellt, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben zunehmend nicht mehr decken können, kann sie erwägen, den Zusatzbeitrag anzuheben. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn entweder keine hohen Rücklagen verfügbar sind oder diese aus strategischen Gründen (noch) nicht angebrochen werden sollen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass Veränderungen des Zusatzbeitrags wiederum einen direkten Einfluss auf den Versichertenzuwachs und -verlust einer Kasse haben (siehe Schaubild 5). Daher kann die Höhe des Zusatzbeitrags grundsätzlich als indirekter Indikator für die Zufriedenheit von Versicherten gewertet werden.

Seit seiner Einführung 2015 ist der Zusatzbeitrag im GKV-Durchschnitt von 0,83% zwar um ~ 30% auf 1,08% im Jahr 2018 gestiegen; er liegt allerdings bereits seit 2016 relativ stabil bei 1,08% (Schaubild 3). Dies deckt sich mit der Beobachtung, dass die Fondsunterdeckung seit 2016 zurückgegangen ist (siehe Kapitel B2, Schaubild 2, S. 43).

In der Detailbetrachtung treten allerdings deutliche Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Zusatzbeiträgen der einzelnen Kassenarten zu Tage (Schaubild 4). Die AOK weist im Jahr 2018 mit rund 0,95% den mit Abstand niedrigsten durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf und damit den niedrigsten Finanzbedarf über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinaus. Die durchschnittlichen Zusatzbeiträge aller übrigen Kassenarten hingegen liegen mit Werten zwischen 1,13% und 1,28% klar über dem GKV-Durchschnitt.

Die Varianz der Zusatzbeiträge ist nach Stabilität von 2016 zu 2017 im Jahr 2018 wieder leicht angestiegen

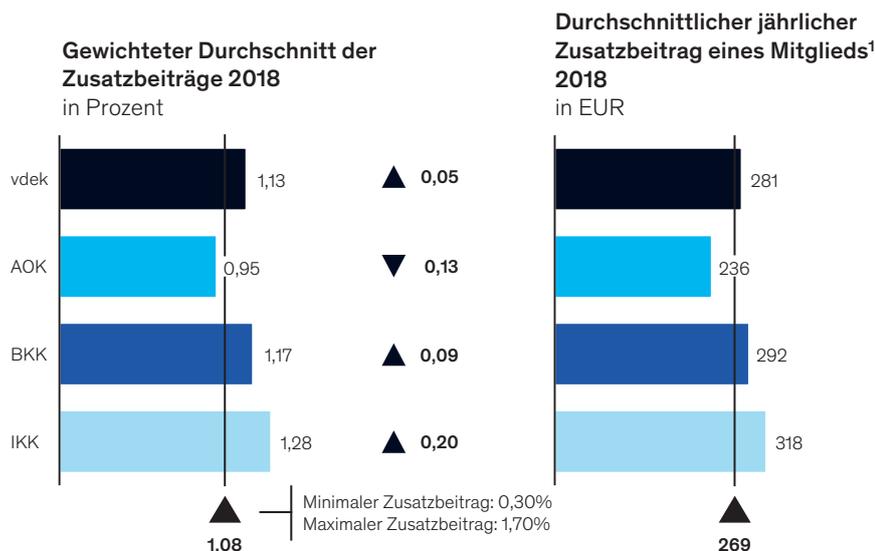
◀ x,xx Gewichteter Durchschnitt der Zusatzbeiträge in der GKV, in Prozent



1 Jeweils zum Stichtag 1. April, ohne LKK und rein betriebsinterne Betriebskrankenkassen
 2 Bei durchschnittlichem Einkommen
 Quelle: Anzahl Versicherte gemäß Veröffentlichung DfG

Die Spanne der gewichteten durchschnittlichen Zusatzbeiträge reicht 2018 von 0,95% bis 1,28%

▼ Geringerer durchschnittlicher Zusatzbeitrag als GKV ▲ Höherer durchschnittlicher Zusatzbeitrag als GKV x,xx Abweichung ggü. GKV-Schnitt, in Prozentpunkten ◀ x,xx GKV-Schnitt in Prozent

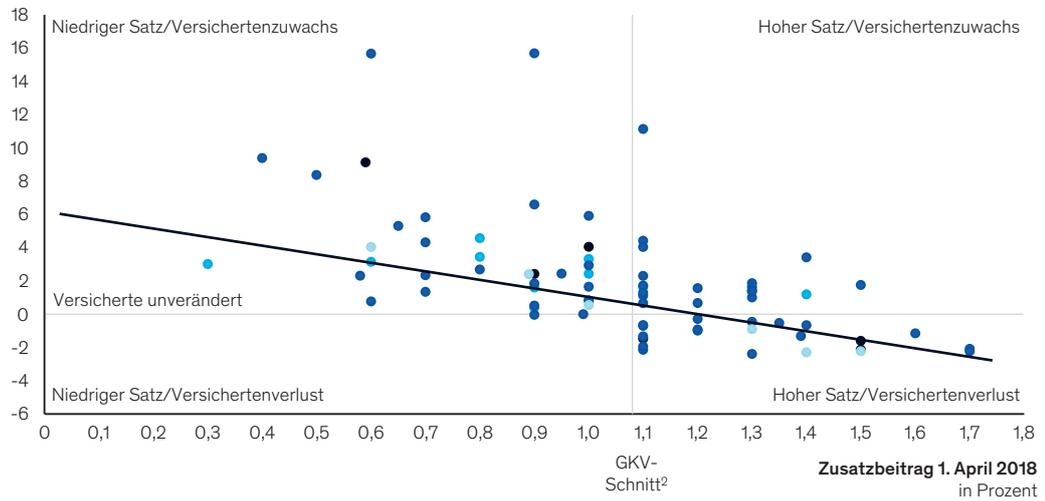


1 Bei durchschnittlichem Einkommen, ohne LKK und rein betriebsinterne Betriebskrankenkassen
 Quelle: Anzahl Versicherte gemäß Veröffentlichung DfG

Der Versichertenzuwachs korreliert mit dem Zusatzbeitrag, als einem von mehreren Faktoren

● vdek ● AOK ● BKK ● IKK

Veränderung der Versichertenzahlen¹ 2017 gegenüber 2018, Stichtag 1. April
in Prozent



1 Ohne LKK und rein betriebsinterne Betriebskrankenkassen, ohne Fusionen

2 Mitglieder gewichteter Durchschnitt, ohne LKK und rein betriebsinterne Betriebskrankenkassen

Quelle: Anzahl Versicherte gemäß Veröffentlichung DfG

Fokusthema „Krankenkassen-Apps“

In den vergangenen zehn Jahren haben sich das Smartphone und dazugehörige Apps zu einem festen Element der deutschen Gesellschaft entwickelt: Mittlerweile hat fast jeder Deutsche zumindest Zugang zu einem Smartphone.³ Aus diesem Grund sind Apps als Komponente des digitalen Versorgungsangebots für das deutsche Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Im Folgenden soll daher zum einen kassenübergreifende Transparenz zu Entwicklung und Status quo von Krankenkassen-Apps geschaffen werden, und zum anderen gilt es, die Ergebnisse unserer Umfrage zu relevanten Anwendungsfällen in der digitalen Versorgung (Kapitel A1, Artikel „Digitalisierung des Gesundheitswesens – welche Leistungen sich Versicherte und Ärzte wünschen“, ab S. 8) aus einer weiteren Perspektive zu bestätigen.

Betrachtete Apps und relevante Basisdaten

Dazu werden Apps betrachtet, die (im Auftrag) von Krankenkassen mit mehr als 1 Mio. Versicherten gelauncht worden sind und bis heute genutzt werden können. Diese Auswahl soll aussagekräftige Nutzerzahlen für Auswertungen sicherstellen und gleichzeitig eine möglichst aktuelle Momentaufnahme der Krankenkassen-Apps-Landschaft liefern. Die Auswahl wird durch eine Reihe an Apps von Fremdanbietern ergänzt, die eine Kooperation mit Krankenkassen anstreben und bereits eine hohe Nachfrage vorweisen. So kann insbesondere die medizinische Versorgung mit Hilfe von Apps umfassend beleuchtet werden.

Apps für Administration und Service dominieren das App-Angebot

Vor rund zehn Jahren sind die ersten relevanten Apps, die heute noch nutzbar sind, auf dem GKV-Markt erschienen (Schaubild 6). Der inhaltliche Fokus lag in der Anfangszeit primär auf den Bereichen „Prävention“ und „Medizinische Versorgung“

(Schaubild 7). Erst in den letzten zwei bis drei Jahren hat jede Kassenart mindestens eine zentrale administrativ-unterstützende Service-App auf den Markt gebracht bzw. in Auftrag gegeben. Insgesamt bietet der Markt heute fast 70 Apps rund um Themen des Gesundheitswesens an. Nach Anzahl an Downloads – angenähert über Anzahl an Bewerbungen im iOS und im Google Play App Store – setzt sich die Kategorie „Administration und Service“ mit einem Marktanteil von mehr als 75% deutlich vom App-Angebot in den Bereichen „Prävention“ und „Medizinische Versorgung“ ab. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen der Umfrage zu Anwendungsfällen in der digitalen Versorgung (Kapitel A1, Artikel „Digitalisierung des Gesundheitswesens – welche Leistungen sich Versicherte und Ärzte wünschen“, ab S. 8).

Hinweis zur Herkunft der verwendeten Daten

Die nachstehenden Auswertungen beziehen sich auf zwei Arten von Datenquellen:

- *Informationen aus App Stores.* Die Auswahl der Apps und öffentlich einsehbaren Kennzahlen wie Bewertungen von Apps beschränkt sich auf die in den iOS und Google Play App Stores verfügbaren Informationen, den beiden mit Abstand größten Vertriebsplattformen für Apps.
- *Vom Provider „Priori Data“ zur Verfügung gestellte Daten, basierend auf öffentlichen Quellen.* Neben den Daten aus App Stores wird der Provider Priori Data zur Aufbereitung von App-spezifischen Kennzahlen genutzt, z.B. Anzahl an Downloads (verfügbar seit 1. Januar 2014) und monatlich aktive Nutzer⁴ (verfügbar seit 1. Januar 2017).

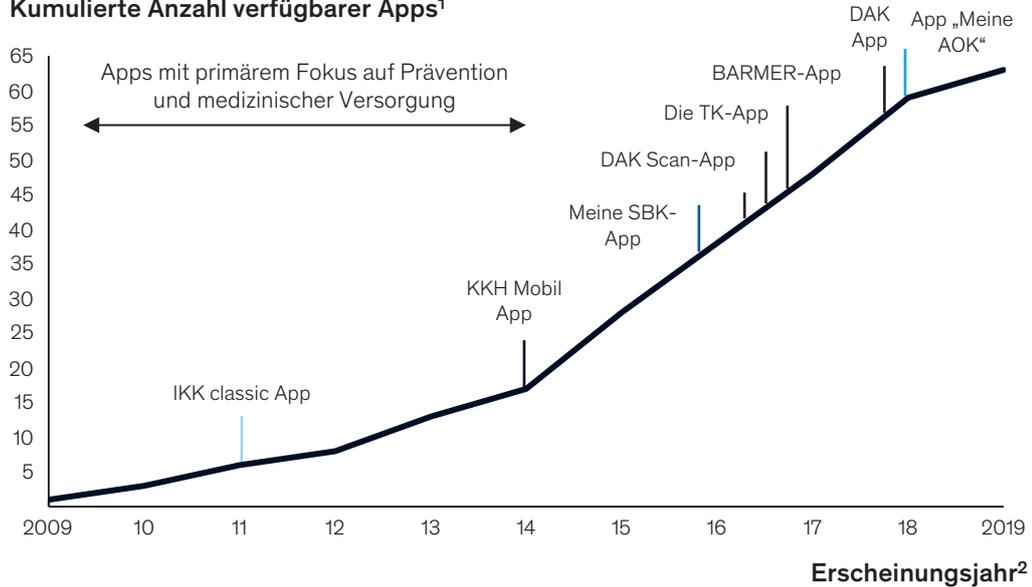
³ Bitkom (2018). Anzahl der Smartphone-Nutzer in Deutschland in den Jahren 2009 bis 2018 (in Mio.). Statista. Statista GmbH

⁴ Bei der monatlich ausgewerteten Kennzahl monatlich aktive Nutzer (MAU) wird jeder App-Nutzer einmal gezählt, der die App in dem betroffenen Monat mindestens einmal geöffnet hat, unabhängig davon, wie lange die App geöffnet geblieben ist.

Zwischen 2014 und 2018 ist die Gesamtzahl der Apps, die von Kassen mit mehr als 1 Mio. Versicherten angeboten werden, deutlich gestiegen

Apps aus der Kategorie Administration und Service | vdek | AOK | BKK | IKK

Kumulierte Anzahl verfügbarer Apps¹



1 Mit Stand Juli ~ 64 aktive Apps von gesetzlichen Krankenkassen mit mehr als 1 Mio. Versicherte 2019

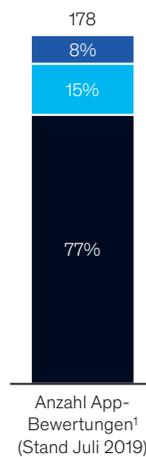
2 Frühestes Erscheinungsjahr in einem der beiden App Stores

Quelle: App Stores iOS und Android (Stand Juli 2019)

Gemäß Anzahl vorliegender Bewertungen liegt der Fokus beim App-Angebot der GKVen auf Apps mit Administrations- und Servicefunktionen

Anzahl Bewertungen¹ ab Erscheinungsdatum aktiver Apps²

in Tsd.



Anzahl Apps je Kategorie

	GKV ohne LKK	vdek	AOK	BKK	IKK
Summe	62	27	28	4	3
Medizinische Versorgung	12	7	3	-	2
Prävention	35	15	19	1	-
Administration und Service	15	5	6	3	1

1 Summe aus Bewertungen (Stand Juli 2019) aus iOS und Google Play App Stores

2 Mit Stand Juli ~ 64 aktive Apps von gesetzlichen Krankenkassen mit mehr als 1 Mio. Versicherte 2019

Quelle: App Stores iOS und Android (Stand Juli 2019)

Administrations- und Service-Apps werden intensiver zur medizinischen Versorgung genutzt

Um die Faktoren zu identifizieren, die die Nutzungsintensität von Krankenkassen-Apps beeinflussen, sollen im Folgenden jeweils vier Apps aus den Kategorien „Administration und Service“ sowie „Medizinische Versorgung“ betrachtet werden. Alle acht ausgewählten Apps sind von Kassen mit mehr als 1 Mio. Versicherten gelauncht worden und weisen die besten Bewertungen bei mindestens 1.000 Bewertungen aus beiden betrachteten App Stores bzw. die höchsten Download-Zahlen auf (Schaubild 8). Damit ist sichergestellt, dass die im Markt am weitesten verbreiteten Apps betrachtet werden und solche, die aller Voraussicht nach künftig eine immer wichtigere Rolle einnehmen werden – u.a. weil sie als zertifizierte Medizinprodukte vom Digitale-Versorgung-Gesetz betroffen sind.

Die Kennzahl Nutzungsintensität gibt an, in welchem Verhältnis die Zahl der monatlich aktiven Nutzer (zu einem festgelegten Zeitpunkt) zur Gesamtzahl der Downloads seit dem Launch einer App stehen. Diese monatlich gemessene Kennzahl entspricht somit dem Anteil der App-Nutzer⁶ im betreffenden Monat an der Gesamtzahl aller Versicherten, die die App jemals auf ihrem Smartphone installiert haben. Im Rahmen der Auswertung der Nutzungsintensität über einen längeren Zeitraum (Schaubilder 9 bis 12) ließen sich drei übergreifende Haupttreiber zur Steigerung der App-Nutzung identifizieren:

Besondere Marketingaktivitäten und -aktionen

Bei den betrachteten Apps lassen sich hinsichtlich der zugehörigen Marketingaktivitäten und -aktionen grundsätzlich zwei Typen unterscheiden: Apps mit Vermarktung in Social Media einerseits und Apps, die durch explizite Marketingkampagnen in den Fokus gerückt werden, andererseits. Ein Beispiel für den erstgenannten App-Typ ist die BARMER-App, die seit Herbst 2018 verstärkt in Social Media präsent ist: Im Vergleich aller GKVen weist die BARMER u.a. die meisten Instagram-Interaktionen auf,^{7,8} obwohl sie im Vergleich etwa zur TK-App, die eine vergleichbare Steigerung der Nutzungsintensität auf zurzeit rund 14 bis 18% aufweisen kann (siehe Schaubild 9), ~ 40% weniger Instagram Follower hat.

Zwei andere Apps stechen hingegen auf Grund ihrer Kampagnenaktivitäten hervor. Die SBK (Siemens-Betriebskrankenkasse) etwa konnte die Nutzungsintensität ihrer Service-App „Meine SBK“ im Herbst 2017 durch den Aufbau des Start-up-Wettbewerbs „Healthy Hub“ im Bereich Digital Health⁹ auf ein höheres Niveau heben (siehe Schaubild 10). Währenddessen stehen bei Mimi Hörtest – einer App, mit der man in nur sechs Minuten einen Hörtest machen und dessen Ergebnis man regelmäßig überprüfen kann – seit 2017 Spitzen in der Nutzungsintensität in einem engen zeitlichen Zusammenhang sowohl mit einer Präventionskampagne von Mimi Hörtest mit der BARMER als auch mit regelmäßigen Aktionen rund um den Welthörtag im März eines jeden Jahres (siehe Schaubild 11).

⁵ Stand Juli 2019

⁶ Ein monatlicher App-Nutzer ist ein Nutzer der App, der diese im betrachteten Monat mindestens einmal geöffnet hat, unabhängig von der anschließenden Nutzungsdauer.

⁷ <https://www.versicherungsmagazin.de/rubriken/branche/diese-versicherer-haben-die-meisten-social-media-kontakte-2201685.html>

⁸ <https://www.versicherungsmagazin.de/rubriken/branche/diese-versicherer-nutzen-die-sozialen-netzwerke-besonders-geschickt-2415744.html>

⁹ <https://www.healthy-hub.de/home.html#mission>

Übersicht der Bewertungen von 8 ausgewählten Apps der Kategorien „Administration und Service“ und „Medizinische Versorgung“

Auswahl an Apps ¹	Erscheinungsjahr ²	Bewertung ³	Anzahl Bewertungen ⁴ in Tsd.
Administration und Service			
Die TK-App: Service-App der Techniker, u.a. zum Hoch- und Herunterladen von Dokumenten und Bescheinigungen, zur Korrespondenz und der eigenen elektronischen Gesundheitsakte TK Safe	2017	★★★★★ 4,7	88
BARMER-App: Service-App der BARMER, u.a. zum Hoch- und Herunterladen von Dokumenten und Bescheinigungen, zur Korrespondenz und von Patientenquittungen zu Arzt- und sonstigen Behandlungskosten	2015	★★★★★ 4,7	45
App „Meine AOK“: Service-App der AOKen, u.a. zum Hoch- und Herunterladen von Dokumenten und Bescheinigungen und zur Korrespondenz	2018	★★★★☆ 4,3	2
Meine SBK: Service-App der SBK (Siemens-Betriebskrankenkasse), u.a. zum Hoch- und Herunterladen von Dokumenten und Bescheinigungen, zur Korrespondenz und zum digitalen Ausfüllen von Formularen	2016	★★★★☆ 4,0	1
Medizinische Versorgung			
Kaia: Digitales Trainingsprogramm zur ganzheitlichen Schmerztherapie bei Rückenbeschwerden	2016	★★★★★ 4,5	8
Vivy: Elektronische Gesundheitsakte mit Zusatzfunktionen wie Arztsuche und Erinnerung an Medikamenteneinnahme	2018	★★★★☆ 4,0	5
ICD-10 Diagnoseauskunft: Suche nach Diagnoseschlüsseln inkl. umfangreichen Informationen, auch offline möglich	2010	★★★★☆ 4,4	2
Mimi Hörtest: App zur Überprüfung des Hörvermögens und zur Erstellung eines individuellen Hörprofils	2014	★★★★☆ 4,4	1

1 Ausgewählt wurden jeweils 4 Service-Apps und Apps aus der Kategorie Versorgung von Kassen mit mehr als 1 Mio.

Versicherten mit den höchsten Bewertungen/Download-Zahlen bei mehr als 1.000 Bewertungen

2 Frühestes Erscheinungsjahr in einem der beiden App Stores

3 Gewichteter Durchschnitt beider App Stores

4 Summe beider App Stores

Quelle: Priori Data; Unternehmenswebseiten

Differenzierende Leistungs- und Serviceangebote sowie App-Funktionalitäten

Versicherte zeigen sich insbesondere an Umsetzungsvarianten der digitalen Gesundheitsakte interessiert. So steigt etwa die Nutzungsintensität von Die TK-App, der Service-App der Techniker, seit Beginn ihres Probebetriebs im April 2018 kontinuierlich an (Schaubild 9). Andere Kassen wiederum stellen keine eigene digitale Gesundheitsakte bereit, sondern sind in eine Kooperation mit der App Vivy eingetreten, die Funktionen einer elektronischen Gesundheits-/Patientenakte als eigenständige App anbietet und damit eine bequeme Möglichkeit eröffnet, die zum 1. Januar 2021 verpflichtende Einführung einer elektronischen Patientenakte umzusetzen. Es bleibt mit Spannung abzuwarten, wie sich Nutzungsintensität und Nutzerzufriedenheit der App Vivy weiterhin entwickeln werden. Am klaren Anstieg der Nutzungsintensität seit Einführung der App im September 2018 lässt sich zumindest ein deutliches Anfangsinteresse am Markt ablesen (Schaubild 12), und das, obwohl Kritiker dieser App eine unzureichende Datensicherheit unterstellen.

Ein weiterer Treiber zur Steigerung der Nutzungsintensität ist die Erweiterung von Apps um Funktionalitäten. Die SBK etwa konnte ihre Nutzungsintensität nach bzw. infolge der Eingliederung ihres Bonusprogramms Ende 2018 von einer niedrigen einstelligen Prozentzahl auf rund 15% anheben (Schaubild 10).

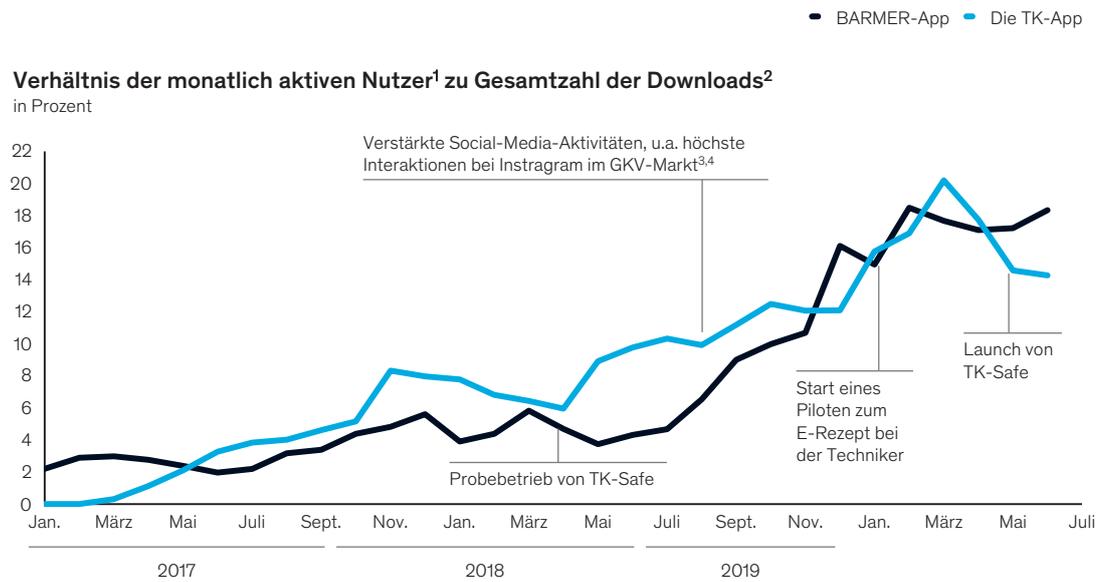
Kostenloses Angebot von Apps

Während alle hier betrachteten „Administration und Service“-Apps kostenlos uneingeschränkt

verwendbar sind, gibt es in der Kategorie „Medizinische Versorgung“ zwei (ursprünglich) kostenpflichtige Apps. Dabei handelt es sich um die beiden als medizinische Produkte zertifizierten Apps Kaia – eine App, die ihren Nutzern spezifische Therapiepläne zur Behandlung von Rückenschmerzen bietet – und die bereits erwähnte „Mimi Hörtest“-App. Seit Herbst 2018 ist die Nutzungsintensität von Kaia von rund 2% um mehr als das Achtfache auf fast 17% im März 2019 gestiegen (Schaubild 11), was v.a. daraus resultiert, dass nach und nach immer mehr einzelne Krankenkassen die Kosten ihrer Versicherten für Kaia übernommen haben. Mimi Hörtest ist dagegen bereits seit März 2017 unterstützt durch die BARMER für alle kostenfrei. Allein von März bis Mai 2017 erhöhte sich die Nutzungsintensität von Mimi Hörtest von rund 2% auf rund 10% (Schaubild 11).

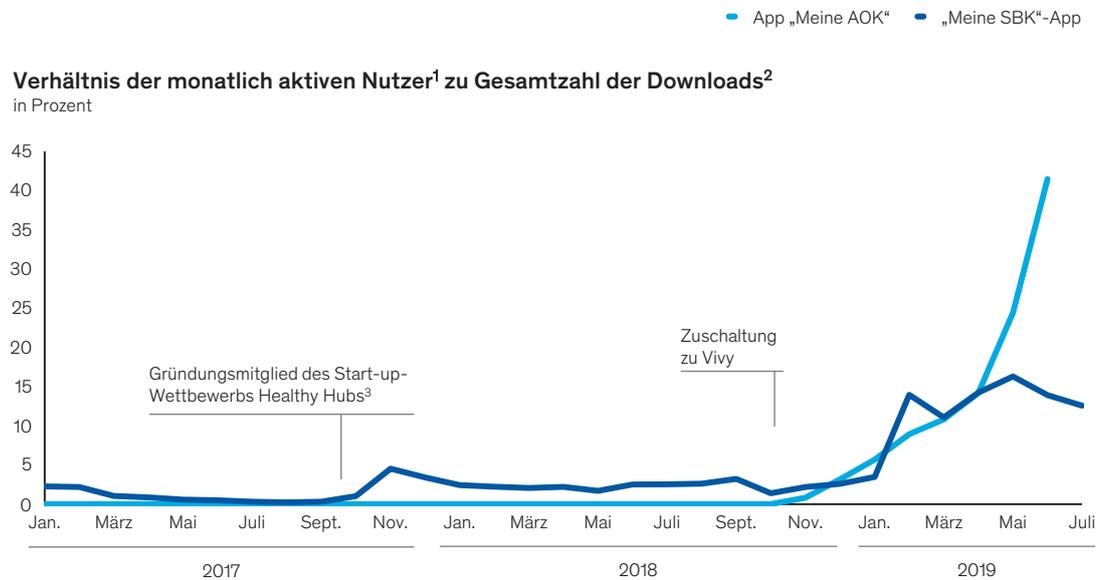
Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass es zusätzlich zu den drei Haupttreibern für die Nutzungsintensität auch noch so genannte Nebentreiber gibt. So fallen beispielsweise bei der Nutzungsintensität von Mimi Hörtest auffällige Schwankungen sowie Spitzen auf, die im Zusammenhang mit Ferien- und Urlaubszeiten stehen könnten bzw. mit Zeiträumen, in denen Versicherte Zeit haben, sich in Ruhe mit der App zu beschäftigen. Zudem können auch umsetzungstechnische Faktoren (Neben-)Treiber sein: So kann etwa unter allen betrachteten Apps die „Meine AOK“-App den stärksten Anstieg in der Nutzungsintensität nach dem Launch verzeichnen (Schaubild 10). Zurückzuführen ist dies vermutlich auch darauf, dass die Versicherten der einzelnen AOKen der AOK-Gemeinschaft nach und nach für „Meine AOK“ freigeschaltet wurden und sich die typische Hochlaufphase der App infolgedessen verlängert hat.

Die Nutzungszahlen der Apps der Kategorie „Administration und Service“ sind seit dem jeweiligen Erscheinungsdatum stetig gestiegen (1/2)



1 Stand Juni 2019
 2 Bei Priori Data beginnt Datenaufzeichnung erst ab 09/2014, daher ist die Gesamtzahl der Downloads über die Anzahl ab 09/2014 approximiert
 3 <https://www.versicherungsmagazin.de/rubriken/branche/diese-versicherer-haben-die-meisten-social-media-kontakte-2201685.html>
 4 <https://www.versicherungsmagazin.de/rubriken/branche/diese-versicherer-nutzen-die-sozialen-netzwerke-besonders-geschickt-2415744.html>
 Quelle: Priori Data

Die Nutzungszahlen der Apps der Kategorie „Administration und Service“ sind seit dem jeweiligen Erscheinungsdatum stetig gestiegen (2/2)



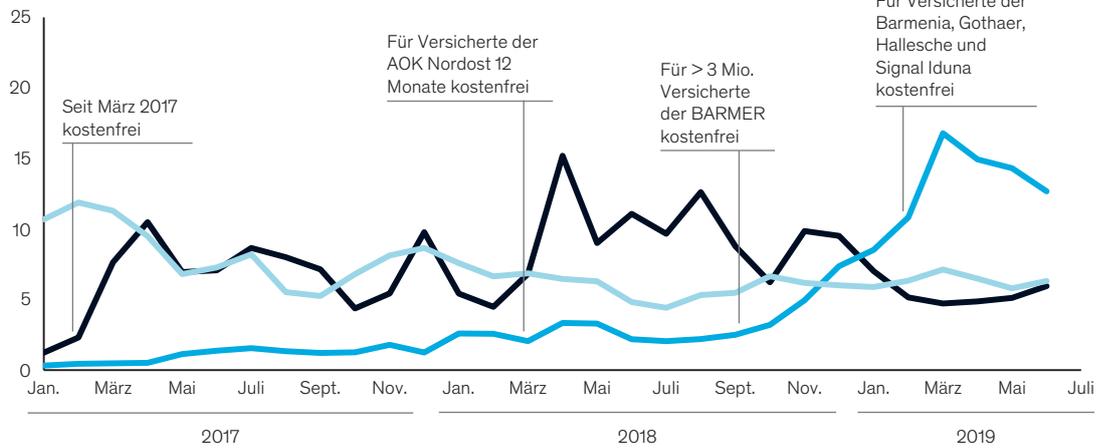
1 Stand Juni 2019
 2 Bei Priori Data beginnt Datenaufzeichnung erst ab 09/2014, daher ist die Gesamtzahl der Downloads über die Anzahl ab 09/2014 approximiert
 3 Zusammen mit BIG direkt gesund, HEK Hanseatische Krankenkasse, IKK Südwest und mhplus Betriebskrankenkasse
 Quelle: Priori Data

Die Nutzungsintensität bei „Versorgungs“-Apps fällt unterschiedlich aus – bei ICD-10 Diagnoseauskunft ist sie stabil, bei Kaia steil gestiegen

● Mimi Hörtest ● Kaia ● ICD-10 Diagnoseauskunft

Verhältnis der monatlich aktiven Nutzer¹ zu Gesamtzahl der Downloads²

in Prozent



1 Stand Juni 2019

2 Bei Priori Data beginnt Datenaufzeichnung erst ab 09/2014, daher ist die Gesamtzahl der Downloads über Anzahl ab 09/2014 approximiert

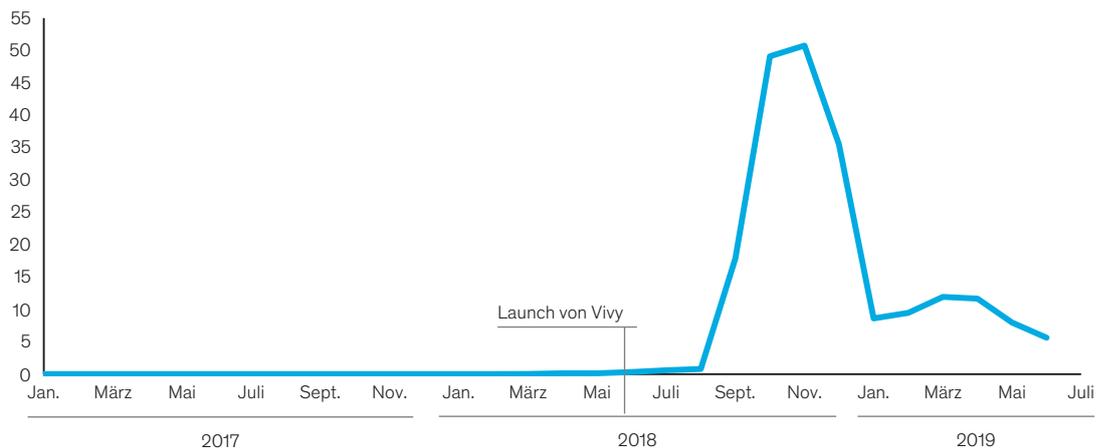
Quelle: Priori Data

An der im Herbst 2018 gelaunchten App Vivy, die u.a. die Funktion einer elektronischen Gesundheitsakte übernimmt, besteht großes Interesse

● Vivy

Verhältnis der monatlich aktiven Nutzer¹ zu Gesamtzahl der Downloads²

in Prozent



1 Stand Juni 2019

2 Bei Priori Data beginnt Datenaufzeichnung erst ab 09/2014, daher ist die Gesamtzahl der Downloads über die Anzahl ab 09/2014 approximiert

Quelle: Priori Data

Fokusthema „Geschäftsstellenstrategien in der GKV“

Das Aufkommen von „Onlinefilialen“ – flankiert von Service-Apps und den Websites der Krankenkassen, auf denen sich auch bereits Kontaktformulare, FAQs und grundsätzliche Infos finden lassen – und die weiter voranschreitende Digitalisierung interner wie externer Prozesse bei den GKVern werfen eine zentrale Frage auf: Wie viele physische Geschäftsstellen der Kassen werden künftig noch erforderlich sein und was sind die optimalen Standorte dafür? Die Frage stellt sich auch deshalb mit Nachdruck, weil ein Ausdünnen des Geschäftsstellennetzes oder sogar der Verzicht auf Geschäftsstellen insbesondere in hochpreisigen Stadtlagen nicht nur die digitale Transformation begünstigen – da sich dadurch der Anreiz für Versicherte erhöht, die digitalen Angebote zu nutzen –, sondern auch den stetig steigenden Kostendruck der Kassen abfedern würden.

Änderungen der Geschäftsstellenstrategie müssen allerdings wohlüberlegt sein und zur Gesamtstrategie einer Kasse passen. In diesem Zusammenhang gilt es zudem zu beachten, dass die Krankenkassen im Vergleich zu anderen Serviceindustrien beim Umstellen auf Onlinegeschäftsstellen und Reduzieren der Anzahl der Geschäftsstellen noch relativ am Anfang stehen (Schaubild 13).¹⁰ Im Bankwesen etwa wird – als Reaktion auf das durch die Digitalisierung veränderte Kundenverhalten – das Umstellen auf Onlinefilialen bereits seit Jahren vorangetrieben: Seit 2014 ist daher die Zahl der Bankfilialen aller Bankgruppen um rund 5,6% pro Jahr zurückgegangen (Schaubild 14).

Im Folgenden liegt der Fokus daher darauf, eine Übersicht zur Geschäftsstellensituation einzelner Kassen(arten) in der GKV zu geben sowie analytische Anstöße zum Nachdenken über Kernfragen zu aktuellen GKV-Geschäftsstellenstrategien. Dazu sollen u.a. Vergleiche mit den Filialnetzen anderer Industrien (Lebensmitteleinzelhandel und Bankwesen) neue Impulse liefern. Die Beantwortung dieser Kernfragen hingegen erfordert detaillierte Einzelanalysen der GKVern, die den Rahmen dieser Publikation sprengen würden.

Übersichten und Denkanstöße zu aktuellen GKV-Geschäftsstellenstrategien

Ausgangspunkt der Strategiebetrachtungen sind die Geschäftsstellennetze in der GKV zum Zeitpunkt Mai 2019. Insgesamt umfassten diese Netze etwa 3.400 Geschäftsstellen, die im Schnitt den gelegentlichen Servicebedarf von jeweils rund 21.000 Versicherten decken sollen.

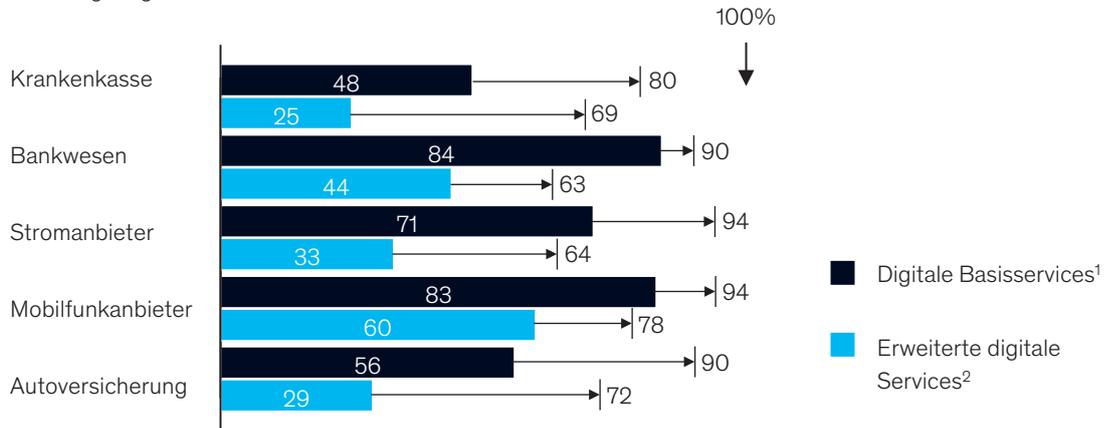
Die um ausgewählte Kennzahlen und Auswertungen ergänzte optische Aufbereitung von Geschäftsstellenstandorten, wie die Infografiken auf den Seiten 70 bis 73 sie liefern, ermöglicht nicht nur eine umfassende Übersicht über die bestehenden Geschäftsstellenstrukturen, sondern führt auch zu drei wesentlichen Beobachtungen. Diese werden anschließend im Zusammenhang mit den Kernfragen, die sie aufwerfen, näher ausgeführt.

¹⁰ Für weiterführende Informationen hierzu siehe Kapitel A1, Artikel „Digitalisierung des Gesundheitswesens – welche Leistungen wünschen sich Versicherte und Ärzte?“ (ab S. 8)

In puncto Angebot bei digitalen Basisservices und erweiterten digitalen Services bleiben Krankenkassen hinter anderen Serviceindustrien zurück

Aktuelles Angebot und zukünftige Nachfrage an digitalen Services unterschieden nach Basisangeboten und erweiterten Services

Frage: Welche digitalen Angebote bietet Ihr Anbieter bereits heute an und welche Services sollten zukünftig aufgenommen werden?



1 Digitale Basisangebote hängen von der jeweiligen Industrie ab und umfassen u.a. Änderungen an persönlichen Daten, das Bereitstellen von Kontaktinformationen und das Abrufen von Rechnungen

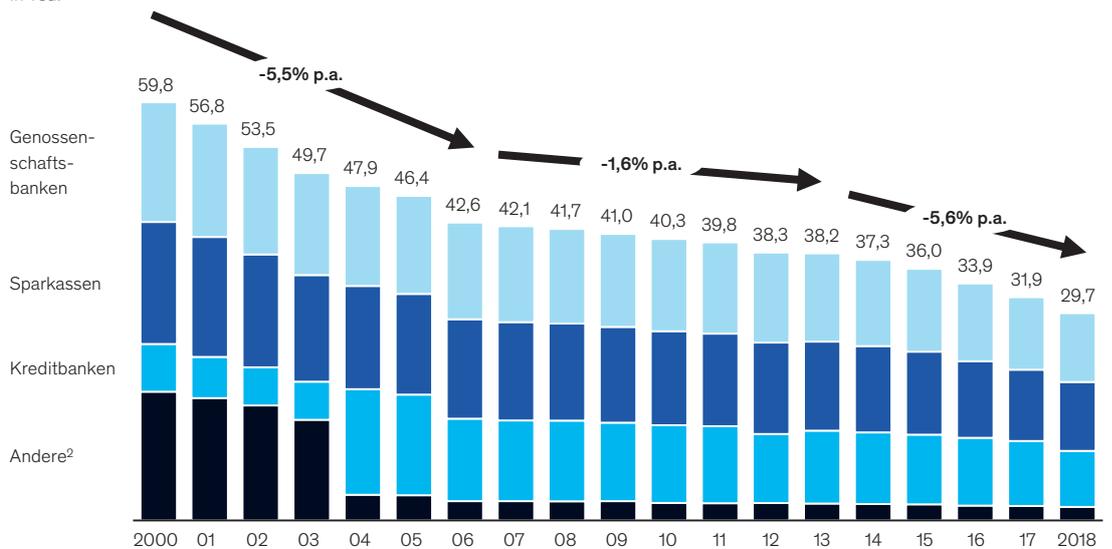
2 Erweiterte digitale Services hängen von der jeweiligen Industrie ab und umfassen komplexere Funktionen wie Kostenerstattungen einreichen oder Anwenderverhalten analysieren

Quelle: Customer-centric tech-enabled transformation survey (März 2019; N=3.610; KV N=1.303)

Nach einer vorübergehenden Ruhepause geht die Anzahl der Bankfilialen seit 2014 wieder verstärkt zurück

Anzahl Filialen nach Bankengruppen¹

in Tsd.



1 Anzahl Filialen Kreditbanken ab 2004 inkl. Deutsche Post AG

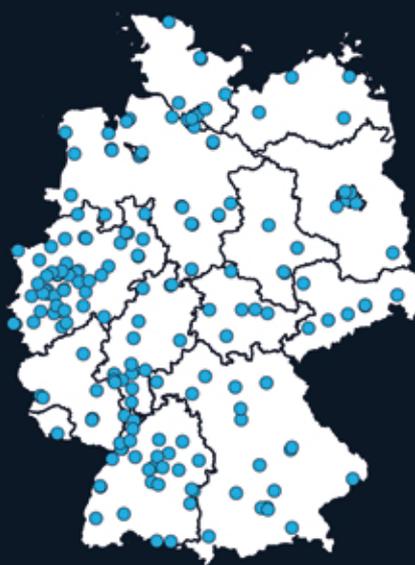
2 Inklusive der Realkreditinstitute, Bausparkassen und Förderbanken

Quelle: Bankenstatistik und Bankstellenstatistik, Deutsche Bundesbank

Übersicht zu Geschäftsstellennetzen von bundesweit agierenden Kassen(arten)



Großbank



Die Techniker (vdek)



BARMER (vdek)

Anteil der Bevölkerung < 10 km* zu Geschäftsstelle		
76%	47%	65%
Anzahl Geschäftsstellen		
~ 1.000	194	398
Anzahl Versicherte je Geschäftsstelle, in Tsd.		
~ 5	~ 53	~ 23
Mittlere Distanz* zu nächster Geschäftsstelle		
~ 6 km	~ 15 km	~ 9 km
10% der Bevölkerung weiter entfernt als ...		
~ 16 km	~ 35 km	~ 20 km

Flächendeckendes Netzwerk zur Deckung des gelegentlichen Bedarfs an Finanzdienstleistungen

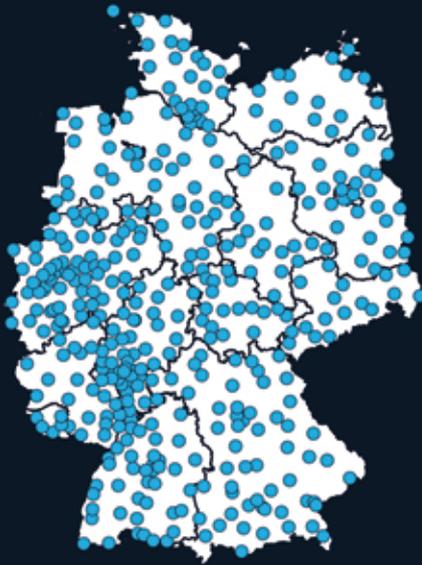
Höchst konzentriertes Standortnetzwerk

Starke Gruppierung in urbanen Zentren

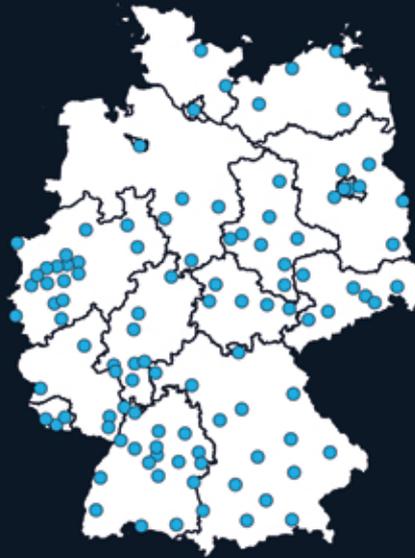
Flächendeckendes und weit verteiltes Geschäftsstellennetzwerk

Geringe Gruppierung und große Abstände zwischen Geschäftsstellen

* Luftlinie



DAK-Gesundheit (vdek)



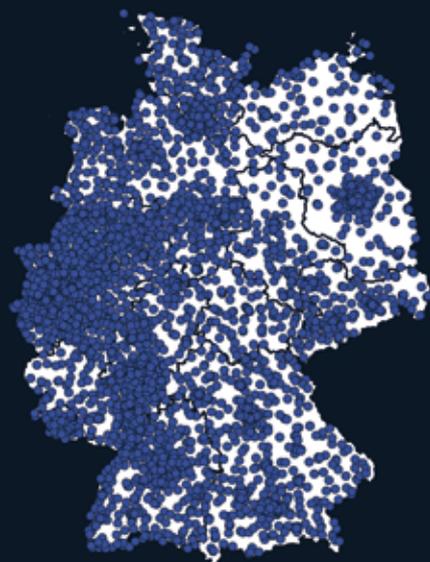
KKH (vdek)



HEK (vdek)

Anteil der Bevölkerung < 10 km* zu Geschäftsstelle		
64%	38%	6%
Anzahl Geschäftsstellen		
415	106	11
Anzahl Versicherte je Geschäftsstelle, in Tsd.		
~ 14	~ 16	~ 48
Mittlere Distanz* zu nächster Geschäftsstelle		
~ 9 km	~ 19 km	~ 113 km
10% der Bevölkerung weiter entfernt als ...		
~ 18 km	~ 42 km	~ 238 km
Flächendeckendes und weit verteiltes Geschäftsstellennetzwerk	Verteiltes Standortnetzwerk in ausgewählten Lagen	In Nord- und Mitteldeutschland weitverteiltes Netzwerk mit einzelnen Standorten
Sehr geringe Gruppierung und große Abstände zwischen Geschäftsstellen	Konzentriert auf die urbanen Zentren	

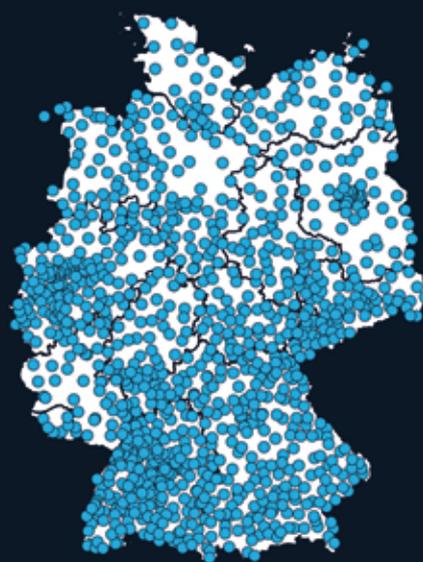
Übersicht zu Geschäftsstellennetzen von regional agierenden Kassen(arten)



Lebensmitteleinzelhändler



hkk (vdek)



AOK

Anteil der Bevölkerung < 10 km* zu Geschäftsstelle		
97%	5%	86%
Anzahl Geschäftsstellen		
~ 4.200	23	1.170
Anzahl Versicherte je Geschäftsstelle, in Tsd.		
~ 12	~ 28	~ 23
Mittlere Distanz* zu nächster Geschäftsstelle		
~ 3 km	~ 200 km	~ 5 km
10% der Bevölkerung weiter entfernt als ...		
~ 6 km	~ 430 km	~ 11 km

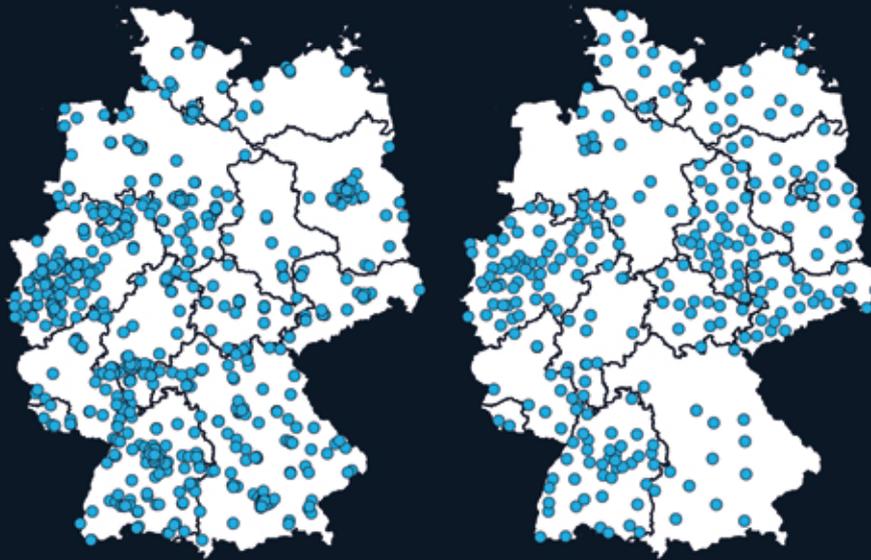
Flächendeckendes Netzwerk zur Deckung des täglichen Bedarfs in Gemeinden ab ~ 5.000 Einwohnern

Das Standortnetzwerk ist konzentriert auf Bremen und den nord-östlichen Teil von Deutschland

Flächendeckendes und weit verteiltes Geschäftsstellennetzwerk

Geschäftsstellen weisen vergleichsweise geringe Gruppierung auf

* Luftlinie



BKK

IKK

Anteil der Bevölkerung < 10 km* zu Geschäftsstelle

62%

52%

Anzahl Geschäftsstellen

712

296

Anzahl Versicherte je Geschäftsstelle, in Tsd.

~ 15

~ 17

Mittlere Distanz* zu nächster Geschäftsstelle

~ 10 km

~ 13 km

10% der Bevölkerung weiter entfernt als ...

~ 24 km

~ 29 km

Höchst konzentriertes Standortnetzwerk mit starker Gruppierung in urbanen Zentren und wirtschaftlich dynamischen Gebieten

Abgedeckt wird eine Auswahl an Regionen in Deutschland

Standortdichte variiert in Abhängigkeit von der Region

Beobachtung Nr. 1

Die aktuellen Geschäftsstellennetze regional fokussierter Kassen sind noch stark von deren geschichtlicher Entwicklung geprägt. Ist eine Neuausrichtung schon allein deshalb dringend geboten?

Die meisten Krankenkassen, die zumindest vor Einführung der freien Kassenwahl 1996 exklusiv für Arbeiter und Gesellenbruderschaften geöffnet waren, sind aus dem Gedanken heraus entstanden, eine soziale Absicherung für ihre Mitglieder vor Ort und deren Angehörige zu schaffen. Dies zeigt sich heute noch in der klaren regionalen Fokussierung von Geschäftsstellen dieser Kassen, u.a. bei der hkk als ehemaliger Kasse für Handwerker in Bremen und den BKKen, bestehend aus insgesamt 84 um einzelne Betriebe herum entstandenen Einzelnetzen (siehe Seite 73). Einige dieser regional fokussierten Kassen stehen gegenwärtig vor einer Vielzahl komplexer und sich teilweise sogar wechselseitig bedingender Herausforderungen wie stetig sinkenden Versichertenzahlen, einem hohen Niveau bei Leistungsausgaben v.a. infolge des

steigenden Durchschnittsalters der Versicherten und gleichzeitig dem Zwang, digitaler zu werden. Daher stellen sich zu diesem Zeitpunkt einige grundlegende Fragen zur Neuausrichtung der betroffenen Kassen:

- *Zielvision entwickeln.* Wofür steht die betreffende Krankenkasse heute? Wie soll das Wertversprechen künftig aussehen?
- *Herausforderungen meistern.* Mit welchen Herausforderungen sieht sich die Krankenkasse derzeit konfrontiert? In welcher Reihenfolge, in welchem Umfang und mit welchen Methoden macht es Sinn, diese Herausforderungen anzugehen?
- *Am Kunden orientieren.* Was ist zu beachten, um bei einer möglichen Neuausrichtung die Bedürfnisse sowohl der bestehenden Kunden als auch potenziell neuer Kunden im Blick zu behalten? Auf welche Weise kann die Krankenkasse den Versichertenstamm nachhaltig aufbauen, der mit dem aktuellen bzw. künftigen Wertversprechen angesprochen werden soll?

Beobachtung Nr. 2

Die auf lokaler Ebene sehr dichten Geschäftsstellennetze regional fokussierter Kassen gelten als Wettbewerbsvorteil. Doch wie relevant wird künftig gute Erreichbarkeit vor Ort sein?

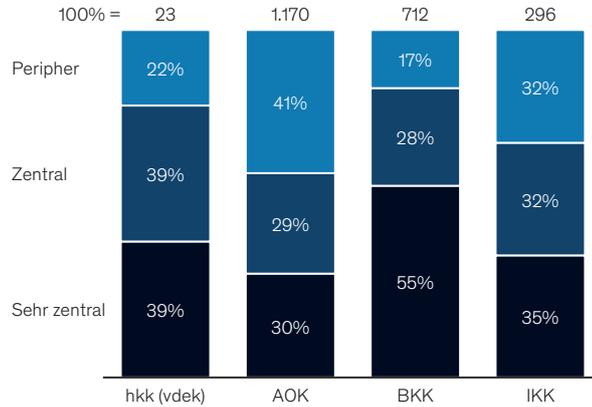
Bei regional fokussierten Krankenkassen steht die bequeme Erreichbarkeit von Geschäftsstellen für jeden Versicherten traditionell im Vordergrund. Entsprechend haben BKKen und andere historisch geschlossene Krankenkassen ihre Geschäftsstellen seit ihren Anfängen an den bzw. rund um die (ehemaligen) Arbeitsstätten ihrer Mitglieder errichtet. Im Gegensatz dazu konzentrieren sich die regional klar voneinander abgegrenzten einzelnen AOKen hinsichtlich Geschäftsstellen auf die bevorzugten Wohnsitze in der Peripherie – mit 30% weisen die AOKen von allen GKVen zudem den niedrigsten Anteil an sehr zentralen Standorten auf (Schaubild 15). Zudem lässt das Ergebnis eines Vergleichs des Geschäftsstellennetzes der AOK mit dem Filialnetz eines Lebensmitteleinzelhändlers berechtigte Zweifel daran aufkommen, dass der Anspruch regional fokussierter Kassen, Geschäftsstellen an sehr zentralen Standorten zu unterhalten, heute und insbesondere künftig noch in vollem Umfang gilt und bedient werden muss. Beide Netze sind sich darin sehr ähnlich, dass jeweils 86% (beim Geschäftsstellennetz der AOK) bzw. 97% (beim Filialnetz des Lebensmitteleinzelhändlers) der Bevölkerung höchstens zehn Kilometer Luftlinie entfernt von der nächsten Geschäftsstelle bzw. Filiale leben. Und dass, obwohl beide sehr unterschiedlich stark von

ihren Kunden aufgesucht werden: Während Kunden des Lebensmitteleinzelhandels ihre Filiale in der Regel mehrmals wöchentlich bzw. sogar täglich besuchen, statten Versicherte individuell betrachtet der Geschäftsstelle ihrer Krankenkasse zumeist nur eher gelegentlich einen Besuch ab. Für die Zukunft gilt es für die regional fokussierten Kassen daher, eine überzeugende und zukunftsweisende neue Balance hinsichtlich ihrer Geschäftsstellenstrategie zu finden und dabei:

- *... die gegenseitigen Erwartungen abzugleichen.* Hat das Bedürfnis der Versicherten nach guter und bequemer Erreichbarkeit einer Geschäftsstelle vor Ort seit dem Aufkommen erster „digitaler Filialen“ weiterhin einen so hohen Stellenwert? Inwiefern ändern sich gerade die traditionellen Erwartungen und Bedürfnisse von Versicherten und Krankenkassen?
- *... die bisherige und die künftige Welt miteinander in Einklang zu bringen.* Wie können die bestehenden Geschäftsstellennetze wertstiftend an eine zunehmend digital ausgerichtete Welt angepasst werden? Welche ihrer strukturellen Elemente bleiben erfolgskritisch, welche sind künftig verzichtbar?
- *... sich am Marktgeschehen auszurichten.* Wie stellen die anderen Krankenkassen im Markt ihre Wettbewerbsfähigkeit sicher? Welche Inspirationen für die künftige strategische Ausrichtung bieten die Wettbewerber am Markt?

Die räumliche Zentralität der Geschäftsstellennetze variiert stark von Kasse zu Kasse

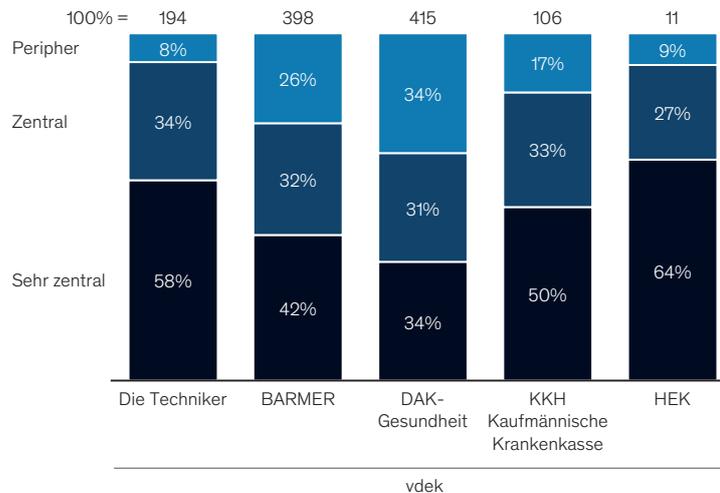
Standorte der regional fokussierten Kassen nach ihrer räumlichen Zentralität¹



¹ Einteilung beruhend auf Erreichbarkeitsanalysen mit dem Erreichbarkeitsmodell des BBSR
 Quelle: Laufende Raumbewertung des BBSR

Bei den bundesweit agierenden Krankenkassen konzentrieren sich die Techniker, die KKH und die HEK am stärksten auf sehr zentrale Lagen

Standorte der Kassen mit Zielgruppe Gesamtdeutschland nach ihrer räumlichen Zentralität¹



¹ Einteilung beruhend auf Erreichbarkeitsanalysen mit dem Erreichbarkeitsmodell des BBSR
 Quelle: Laufende Raumbewertung des BBSR

Beobachtung Nr. 3

Geschäftsstellennetze bundesweit agierender Kassen gelten als besonders geeignete Ansatzpunkte für eine digitale Transformation. Aber wie ist strategisch dazu weiter vorzugehen?

Im Unterschied zu den Geschäftsstellennetzen regional aufgestellter Krankenkassen (siehe Seite 70 und 71) präsentieren sich die Netze der bundesweiten Kassen allein schon optisch wesentlich schlanker und weisen deutliche strukturelle Parallelen zum Filialnetz einer typischen Großbank auf. Charakteristisch für deren bereits von der Digitalisierung geprägtes Netz (siehe Seite 72 und 73) ist, dass es in Ergänzung zu digitalen Serviceangeboten – und obwohl es darauf getrimmt wurde, die Anzahl der Niederlassungen aus Bedarfs- und Kostenaspekten zu minimieren – zugleich noch eine ausreichende Erreichbarkeit selbst in der Peripherie sicherstellt. Wie Schaubild 16 zeigt, liegt der Fokus der bundesweiten Kassen bei der Sicherstellung ausreichender Erreichbarkeit auf sehr zentral gelegenen, d.h. großstadtnahen Geschäftsstellen, die mindestens 34% (bei der DAK-Gesundheit) und bis zu rund 60% (bei der Techniker und der HEK) der aktuellen Geschäftsstellen insgesamt ausmachen. Dementsprechend bieten die Geschäftsstellennetze der bundesweit agierenden Kasse daher für alle anderen Kassen einen geeigneten ersten Orientierungs- und Ansatzpunkt, um die Anpassung ihres Geschäftsstellennetzes an die Chancen und Herausforderungen der digitalen Transformation erfolgreich voranzutreiben.

Im Rahmen der Feinjustierung ihrer Geschäftsstellenstrategien gilt es nun für die Kassen, auf die aus Sicht sowohl der Krankenkassen als auch der Versicherten künftig „richtige“ Anzahl an Geschäftsstellen und deren optimale räumliche Positionierung hinzuarbeiten. Dabei gilt es, v.a. auch diese beiden Punkte zu beachten: Zum einen zeigen sich insbesondere bei der Anzahl der Versicherten je Geschäftsstelle zurzeit noch große Unterschiede zwischen den einzelnen Kassen: Während die DAK-Gesundheit und die KKH bereits für jeweils rund 14.000 bzw. rund 16.000 Versicherte eine

Geschäftsstelle vorhalten, weisen die Techniker und die HEK mit jeweils rund 50.000 Versicherten je Geschäftsstelle eine im Verhältnis deutlich geringere Anzahl an Niederlassungen auf.

Zum anderen gibt es auf die erwähnte Schlüsselfrage nach der „richtigen“ Anzahl an Geschäftsstellen und deren optimaler räumlicher Positionierung selbstverständlich keine für alle Kassen gültige Antwort – und auch der Vergleich zur Großbank kann nur eine erste Orientierungshilfe liefern, da die Filialen von Banken, z.B. allein schon für Bargeldauszahlungen, je Kunden im Schnitt deutlich öfter frequentiert werden als die Geschäftsstellen von Krankenversicherungen. Vor diesem Hintergrund kann das Erarbeiten individueller Antworten auf die nachstehenden Fragen anhand von drei grundsätzlichen Handlungsempfehlungen wichtige Impulse für die Planungen zur Anpassung der Geschäftsstellennetze geben:

- *Vorausschauend agieren.* Wie kann eine Geschäftsstellenstrategie aussehen, die den antizipierten spezifischen Bedürfnissen der Versicherten einer Kasse künftig gerecht wird?
- *Konkrete Bedarfe feststellen.* Wo ist – räumlich gesehen – im Geschäftsstellennetz einer jeweiligen Kasse der Bedarf an Geschäftsstellen am größten? Wie stark werden sehr zentral gelegene bzw. großstadtnahe Geschäftsstellen im Vergleich zu peripher gelegenen Geschäftsstellen genutzt? Ist es für Versicherte praktischer, in der Nähe ihrer Wohnung oder ihres Arbeitsplatzes bzw. ihrer Ausbildungsstätte Zugang zu einer nahe gelegenen Geschäftsstelle zu haben?
- *Szenarien durchdenken.* Welche Auswirkungen hat eine starke bzw. weniger starke Reduzierung der Anzahl an Geschäftsstellen in Großstädten und/oder in der Peripherie u.a. auf die bequeme Erreichbarkeit einer Filiale für die Versicherten? Ist es tatsächlich erforderlich, dass alle Geschäftsstellen dasselbe Leistungsspektrum abdecken?

Ausblick



Was jetzt zu tun ist

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist zurzeit die zentrale übergreifende Herausforderung der GKVEn – von der Transformation der Kundenerlebnisse bis hin zur Optimierung interner Prozesse. Zielbild der Digitalisierung sollten ganzheitlich digital vernetzte Lösungen sein, durch die die verschiedenen Akteure in der GKV effizient und effektiv miteinander verbunden sind. Als wichtigen Bindegliedern in diesem Netz bieten sich den Krankenkassen dadurch drei große Chancen: zufriedeneren Kunden, deren Wunsch nach digitalen Serviceangeboten auch bei den GKVEn erfüllt ist; zusätzliche effektive Hebel zum Senken von Verwaltungskosten und Leistungsausgaben als Folge von Effizienzgewinnen; und durch neuartige Kommunikationsmedien vereinfachte Interaktionsmöglichkeiten mit Versorgern ebenso wie mit Leistungserbringern.

Doch wie lässt sich die Umsetzung des Zielbilds konkret vorantreiben? Einfach loslegen könnte eine Antwort sein. Der Einstieg in die digitale Transformation gelingt schließlich am effektivsten mit ersten erfolgreichen Anwendungsfällen – in denen eine GKV etwa eine digitale Schnittstelle mit einzelnen Leistungserbringern testet; ein neues Serviceangebot in ihre bereits bestehenden Onlinefilialen aufnimmt oder mit Start-ups kooperiert, mit deren App die Versorgung von Versicherten verbessert wird. Die dabei erzielten Ergebnisse tragen dann wiederum dazu bei, schnelle Fortschritte zu erzielen und ein digitaler Vorreiter im Gesundheitswesen zu werden.

Methodik und Definitionen

Begriff, Abkürzung	Definition
Allgemeine Kundenzufriedenheit	Die allgemeine Kundenzufriedenheit bei einer Krankenkasse wird anhand der durchschnittlichen Antwortpunktzahl einer repräsentativen Gruppe von Versicherten auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie generell mit Ihrer Krankenkasse?“ ermittelt. Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer Skala von 0 (äußerst unzufrieden) bis 10 (äußerst zufrieden).
Beitragspflichtige Einnahmen, BPE	Beitragspflichtige Einnahmen sind alle geldwerten Einnahmen der Mitglieder, aus denen Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen sind. Hohe Einnahmen werden dabei auf die Beitragsbemessungsgrenze des jeweiligen Jahres gekappt.
Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben, bLA	Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergeben sich aus der Summierung der Ausgaben gemäß berücksichtigungsfähigen Konten nach § 4 RSAV; im Einzelnen sind die Konten der vom Bundesversicherungsamt jährlich veröffentlichten Anlage 1.1 zu entnehmen.
Bestimmtheitsmaß R2, R2	R2 ist eine Kennzahl zur Beurteilung der Anpassungsgüte einer Regression und wird in Prozent gemessen. Die Kennzahl gibt an, wie viel Streuung in den Daten sich durch ein vorliegendes lineares Regressionsmodell erklären lässt. Je näher dieser Wert bei 100% liegt, desto höher ist die „Bestimmtheit“ bzw. „Güte“ der Anpassung. Bei einem R2 von 100% liegen die betrachteten Datenpunkte genau auf der Regressionsgeraden.
Bundesministerium für Gesundheit, BMG	Das Bundesministerium für Gesundheit stellt u.a. regelmäßig Zahlen und Fakten zur GKV zur Verfügung, z.B. die KM6-Mitgliederstatistik und die endgültigen Rechnungsergebnisse gemäß KJ1-Jahresrechnung.
Dienst für Gesellschaftspolitik, DfG	Der Dienst für Gesellschaftspolitik veröffentlicht wöchentlich Neuigkeiten zur Gesundheitswirtschaft, u.a. auch aktuelle Mitglieder- und Versichertenzahlen der Kassen.
Downloads	Downloads bezieht sich bei einer spezifischen App auf die Anzahl an Personen, die sich die App auf ihr Gerät heruntergeladen haben. Updates werden nicht als Downloads gewertet.
Einnahmen aus Zusatzbeiträgen	Zusatzbeiträge sind Beiträge, die von jeder einzelnen Kasse in individueller Höhe zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz der GKV erhoben werden können. Die Zusatzbeiträge dienen dazu, die Unterfinanzierung des Fonds und finanzielle Engpässe auszugleichen. Für die Festsetzung der Höhe des Zusatzbeitrags sind die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV maßgeblich – und nicht die tatsächliche Einkommensstruktur einer Kasse.

Finanzierungslücke Verwaltungskosten	Die Finanzierungslücke der Verwaltungskosten ist die Differenz zwischen den Verwaltungskosten und den Zuweisungen für Verwaltungskosten.
Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE	Die Onlinedatenbank der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes führt Gesundheitsinformationen aus mehr als 100 verschiedenen Quellen – darunter viele Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – an zentraler Stelle zusammen.
Gewichtete durchschnittliche Zusatzbeiträge	Zur Ermittlung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge werden die Zusatzbeiträge einer Kasse mit dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der GKV-Mitglieder multipliziert und abschließend summiert.
Jährliche Veränderung	Die jährliche Veränderung zwischen zwei Werten stellt den mittleren Prozentsatz dar, um den sich der Anfangswert jedes Jahr ändern müsste, um zum Endwert aufzuschließen.
KJ1-Ergebnis	Das KJ1-Ergebnis ist das endgültige Jahresrechnungsergebnis einer Kasse entsprechend den Vorgaben der amtlichen Statistik KJ1.
KJ1-Jahresrechnung, KJ1	Die KJ1-Jahresrechnung enthält die endgültigen Jahresrechnungsergebnisse der GKV und der Kassenarten, gegliedert nach den wichtigsten Einnahmen und Ausgaben.
KM6-Mitgliederstatistik, KM6	Die KM6-Mitgliederstatistik gibt einen Überblick über die Versicherten der GKV und deren Kassenarten, gegliedert nach Versichertenstatus, Alter und Wohnort jeweils zum Stichtag 1. Juli eines Jahres.
Kompensation Fondsunterdeckung durch Zusatzbeitrag	Die Kompensation der Fondsunterdeckung durch den Zusatzbeitrag entspricht der Differenz von mitgliederbezogener Veränderung (mbV) und Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag.
Leistungsausgaben, LA	Leistungsausgaben beziehen sich auf die Leistungsansprüche der Versicherten (inkl. Satzungs- und Ermessensleistungen) und werden in die Kontenklassen 4 und 5 des GKV-Kontenrahmens gebucht.
Lineare Regression	Bei der einfachen linearen Regression wird eine Zielvariable durch einen linearen Zusammenhang mit einer Variablen erklärt. Die Schätzung von Achsenabschnitt und Steigung bestimmt den Verlauf der Regressionsgeraden. Ist der Erwartungswert der Abweichungen ggü. der Regressionsgerade 0, so entspricht die Regressionsgerade den erwarteten Werten.

Mitgliederbezogene Veränderung, mbV	<p>Die mitgliederbezogene Veränderung wird nach § 40 RSAV durch das BVA bestimmt und spiegelt den Einnahmen- oder Ausgabenüberschuss im Gesundheitsfonds bezogen auf die Gesamtmitgliederanzahl in der GKV wider. In den vergangenen Jahren wurde vom GKV-Schätzerkreis ein Ausgabenüberschuss prognostiziert, was in diesen Jahren jeweils zu einer negativen mbV je Mitglied geführt hat.</p>
Mittlere Distanz der Bevölkerung zu nächster Geschäftsstelle bzw. Filiale	<p>Die Berechnung dieser Kennzahl erfolgt in drei Schritten: Zunächst wird die Bevölkerung Deutschlands Flächenquadraten mit 1 km Seitenlänge zugeordnet. Anschließend ist für jedes dieser Quadrate ausgehend von dessen Mittelpunkt die kürzeste Luftliniendistanz zur nächstgelegenen Geschäftsstelle bzw. Filiale zu messen. Danach lässt sich der entsprechend der jeweiligen Bevölkerungsanzahl der Flächenquadrate gewichtete Mittelwert dieser Distanzen berechnen.</p>
Monatlich aktive Nutzer, MAU	<p>Die Anzahl der monatlich aktiven Nutzer ist eine Leistungskennzahl für den Erfolg einer App. Die Kennzahl gibt an, wie viele Nutzer mit der App in einem gegebenen Monat interagieren. Als Interaktion zählt dabei bereits das bloße Öffnen der App – unabhängig von der Dauer der anschließenden Nutzung.</p>
Morbiditätsindex	<p>Der Morbiditätsindex zeigt an, in welchem Verhältnis die durchschnittlichen Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherten einer Versichertenpopulation zu denen der GKV stehen.</p>
Net Promoter Score, NPS	<p>Der Net Promoter Score beziffert die Differenz zwischen dem Anteil der Promotoren und dem der Detraktoren eines Unternehmens. Deren jeweiliger Anteil in Bezug auf Krankenkassen wird ermittelt, indem einer repräsentativen Gruppe von Versicherten eine einzige Frage gestellt wird: „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenkasse einem Freund oder Kollegen weiterempfehlen werden?“ Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer Skala von 0 (unwahrscheinlich) bis 10 (äußerst wahrscheinlich). Als Promotoren werden die Kunden bezeichnet, die mit 9 oder 10 antworten, als Detraktoren die Kunden, deren Antworten zwischen 0 und 6 liegen.</p>
Promoter Score, PS	<p>Der Promoter Score beziffert den Anteil der Promotoren eines Unternehmens. Deren Anteil in Bezug auf Krankenkassen wird ermittelt, indem einer repräsentativen Gruppe von Kunden eine einzige Frage gestellt wird: „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre Krankenkasse einem Freund oder Kollegen weiterempfehlen werden?“ Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer Skala von 0 (unwahrscheinlich) bis 10 (äußerst wahrscheinlich). Als Promotoren werden die Kunden bezeichnet, die mit 9 oder 10 antworten.</p>
Randomisierte paarweise Vergleiche	<p>Randomisierte paarweise Vergleiche sind eine statistische Vergleichsmethode zur Erstellung einer Rangliste, die z.B. die Präferenzen einer Gruppe bezüglich einer Vielzahl an Optionen anzeigt. Aus jeweils zwei gezeigten Optionen müssen die Teilnehmer dabei die aus ihrer Sicht präferierte bzw. wichtigere Option nennen.</p>

Relative Entwicklung	Als relative Entwicklung wird die Entwicklung eines Werts über Zeit relativ zu seinem Wert an einem festgelegten Anfangszeitpunkt bezeichnet. Zu deren Berechnung werden alle Werte, die sich nach dem Anfangszeitpunkt entwickelt haben, als Anteile des Ausgangswerts in Prozent betrachtet.
Richtwertmethode	Bei der einfachen Richtwertmethode werden die Veränderungen bei den Ausgaben einer Kasse je Versicherten – insgesamt und je Leistungsbereich – mit der entsprechenden GKV-Veränderungsrate verglichen.
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, RSAV	Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung regelt das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung.
Sonstige Ausgaben	Bei den Sonstigen Ausgaben handelt es sich um Ausgaben aus der Kontenklasse 6 des GKV-Kontenrahmens. Dazu zählen u.a. Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen, Prämienzahlungen an Mitglieder, Kostenerstattung an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V, Finanzierungsanteile am Innovationsfonds sowie übrige Aufwendungen.
Sonstige Einnahmen	Die Sonstigen Einnahmen entsprechen der Kontengruppe 39 des GKV-Kontenrahmens und umfassen u.a. Verzugszinsen, Regressansprüche, Erstattungen sowie Einnahmen aus Sachversicherungen.
Sozialgesetzbuch V, SGB V	Das Sozialgesetzbuch V regelt für die gesetzliche Krankenversicherung die Organisation, Versicherungspflicht und Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern.
Verwaltungskosten, VWK	Zu den Verwaltungskosten, die in die Kontenklasse 7 des GKV-Kontenrahmens gebucht werden, zählen u.a. die Vergütung und die Sozialversicherungsbeiträge der Mitarbeiter, Ausgaben zur Mitgliederanwerbung, Verwaltungssachkosten, Verbandsbeiträge und Kosten für die Selbstverwaltung.
Zuweisungen für Leistungsausgaben	Zuweisungen für Leistungsausgaben stellen den größten Teil der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dar. Die Zuweisungen basieren u.a. auf Geschlecht, Alter, dokumentierten Diagnosen und verordneten Arzneimitteln der Versicherten.
Zuweisungen für Verwaltungskosten	Zuweisungen für Verwaltungskosten stellen hinter den Zuweisungen für Leistungsausgaben den zweitgrößten Anteil an Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dar.

Impressum

Ansprechpartner

Florian Niedermann
Manuela Martin

Projektleitung

Beatrice Pototzky

Redaktion

Kirsten Best-Werbunat
Jörg Hanebrink
Kristina Leppien

Kontakt

Florian Niedermann
c/o McKinsey & Company, Inc.
Dorotheenstraße 6
70173 Stuttgart

Inhaltliche Beiträge

Stefan Biesdorf
Ulrike Deetjen
Harald Fanderl
Tjark Freundt
Markus Gampert
Fabian Geldmacher
Markus Hedwig
Steffen Hehner
Christian Heinemeyer
Martin Huber
Christian Julius
Boris Körs
Karl Liese
Stephanie Lotz
Tobias Mann
Manuela Martin
Jochen Messemer
Marcel Meuer
Manuel Möller
Georg Nederegger
Franz-Xaver Neubert
Florian Niedermann
Beatrice Pototzky
Konstanze Reinecke
Laura Richter
Thomas Rudolph
Stephanie Schiegnitz
Tobias Schneider
Philipp Schuh
Elke Uhrmann-Klingen

Copyright © 2019 McKinsey & Company, Inc.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung von McKinsey & Company, Inc., unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Basisbilder Illustrationen: Titel und Ausblick Copyright © Fotosearch; S. 6 Copyright © Getty Images; S. 8, 14, 22, 30, 34, 40 und 54 Copyright © Ingram Image

Copyright 2019 © McKinsey & Company, Inc.

www.mckinsey.com

 @McKinsey

 @McKinsey

